

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Adresses Mails utiles
 Réclamation
 Prise en charge
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0050469

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2322 Société : RAM ND 200

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A Ayaz Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : A Ayaz Ahmed Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0050469

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Avenue Mohammed V (Km 1) et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-764087

*Par
courrier*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2322	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZIZ AHMED			
Date de naissance : 10-01-1952			
Adresse : AVENUE SELFOUH 15 TANGER			
Tél. : 05 22 20 45 45		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : Aziz Ahmed			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Spadylarthrite			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-764087
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 2322	
Nom de l'adhérent(e) : AZIZ AHMED	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt : 8-1-13	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE LABONORD Rue de Fes - Tanger 7/69, tel: 05 39 94 05 87 fax: 05 39 94 05 82/7	11/01/98 10/01/98	B 180 S 11.70	140,00 DH 1250,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. Adnane Alassane Résident en Rhumatologie Hôpital Al Kortobi Tanger INPE : 161285614	10/01/23 11/01/23					Dr. Adnane Résident en Rhumatologie Hôpital Al Kortobi Tanger INPE : 161285614

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

www.wiley.com

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a circle of 16 numbered circles arranged in a square pattern. The numbers are: top row (clockwise from 1) 1, 2, 1, 2; middle row 3, 4, 3, 4; bottom row 5, 6, 5, 6; left column 7, 8, 7, 8; right column 8, 7, 8, 7. A central circle contains the letter H. Two arrows originate from H: one pointing clockwise through the top row of circles, and another pointing counter-clockwise through the bottom row of circles.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
C.H.R.
HÔPITAL AL KORTOBI
TANGER

Examen ,
Argent N Examen

Date 17/01/23

DEMANDE D'EXAMEN LABORATOIRE

Nom du Malade : Aazziz Ahmed Age:

Date d'entrée:

N° d'entrée

Service :

Renseignements cliniques
(Urgent / Nom-Urgent)

Réponse

Fâne svq.

Région (localisation) :

VS - CRQ

Médecin demandeur

Rendez-vous :

Mutualiste, - Payant - Indigent.

Dr. Adnîne Anass
Résident en Rhumatologie
Hôpital Al Kortobi Tanger
INPE: 161285614



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

14
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE S.A.S.
67/69, LABONORD
Rue de Fes - Tanger
Tél.: 05 39 94 25 87
INPE: 163002827

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
C.H.R.
HÔPITAL AL KORTOBI
TANGER

N° Examen

Date 10/11/23

DEMANDE D'EXAMEN LABORATOIRE

Nom du Malade : Ac-Az 33 Age: Alfred

Date d'entrée:

N° d'entrée

Service :

BKad O

Renseignements cliniques

Réponse

(Urgent / Nom-Urgent)

Faire SVP :

- Serologie Hépatite B :

A HBs - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs.

Région (localisation) :

- Serologie Hépatite C : Ac anti-VHC.

- Serologie Syphilis : TPHA VDRL

Médecin demandeur

- ECBU.

Rendez-vous :

Mutualiste, - Payant - Indigent,

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALES
LABONORD
Fes - Tanger
Tél: 05 39 94 25 87
INPE: 163002827



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

Dr. Noema EL MANSOURI
Résidente en Rhumatologie
CHU - Tanger

LABORATOIRE LABONORD
67 rue de Fes 90060 TANGER
Tel: 0539942587 Fax: 0539942049
Dr Hammou Hamid ZEROUAL
Patente 50452044 IF: 18723216 RC : 73435 ICE : 0016 15102 0000 51
INPE: 163002827

FACTURE : 150086

TANGER , 10/01/2023

ZR 100198 PA

Nom et Prénom : Mr. AAZIZ Ahmed

Prescripteur : Dr. DR EL MANSOURI NOEMA

Référence : 100123 091

Date : 10/01/2023

BILAN :

SECR Dh 0,00+	HBS B 120	+ AHCV B 300	+ AHBS B 250	+
AHBC B 250	+ TPHA B 60	+ VDRL B 40	+ CYTO B 90	+
CULT B 60	+			

Soit 1170 B

MONTANT NET : 1250,00 Dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Mille deux cent cinquante Dh

Dr H.ZEROUAL

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALES
67/69 LABONORD Rue de Fes - Tanger
Tél. : 0539 94 25 87
INPE: 163002827

LABORATOIRE LABONORD

67 rue de Fes 90060 TANGER

Tel : 0539942587 Fax : 0539942049

Dr Hammou Hamid ZEROUAL

Patente 50452044 IF: 18723216 RC : 73435 ICE : 0016 15102 0000 51

INPE: 163002827

FACTURE : 150085

TANGER , 11/01/2023

ZR 100198 PA

Nom et Prénom : Mr. AAZIZ Ahmed

Prescripteur : Dr. Adnin anass

Référence : 110123 038

Date : 11/01/2023

BILAN :

SECR Dh 0,00+ VS B 30 + CRP B 100 +

Soit 130 B

MONTANT NET : 140,00 Dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent quarante Dh

Dr H.ZEROUAL

LABORATOIRES DE BIOLOGIE VITALE
67/69 RUE DE FES - TANGER
Tél. 0539942587
INPE 163002827