

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-764087

curier
N 53359

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5322

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZIZ AHMED

Date de naissance :

15/9/1950

Adresse :

RUE SEFROU - NO 5 - TANGER

Tél. :

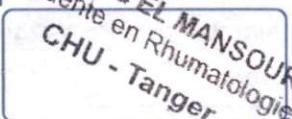
05 22 20 45 45

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Aziz Aled Age: 169.50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 :

5322

Nom de l'adhérent(e) :

AZIZ

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

Sachet du Pharmacien ou du Fabricant	Date	PHARMACIE RAHANI Montant de la Facture RAHANI KAMAL 4 Rue Al Kortobi Marhaba Tunis
RAHANI KAMAL Rue Al Kortobi Marhaba	17/01/2023	115340

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. NOEMA EL Résidente en R. CHU Tangier	17/02/23		CHU	EL MAN Rhumatolog Tanger		

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	T 21433552 00000000	G 00000000 11433553
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL
HÔPITAL AL KORTOBI - TANGER

Nº: 9440018



BULLETIN DE CONSULTATION

N° d'ordre :

Date : 17/01/23 Heure de consultation: /

Nº :

Médecin :

Nom et Prénom du malade : Auzis Ahmed

Diagnostic :

Adressé par :

Traitement : Traitements de la maladie

Traitement : Initiation des 3 sens

1) ~~new~~ Methotrexate & 5-FU

9410 M2L 21-
CIB READER'S
REFERENCE

~~MAC 15~~ ~~AL 15~~ ~~FONDAZIONE~~ Ijetech de 15

MANU
PRAKASH
BUREAU OF THAMES

~~W~~ del 11th. Slnx-1e e. 5000 L. 1000e

26.20 Charge Service (miss 15)

87 A-B-C-E 10

2) Act 5 -

11554 RAIHANI S. ACP per semai (✓)

MARMACHE - N
JAHAN-ZAMAL
Dr. Marshall P.
PAINH
MARMACHE

*Raihan
Rue Al Koutoubi
Tanger*

HOPITAL SANS TABAC

ACFOL

Acide folique / Comprimés

LOT : 14222010
PER : 09/2026
PPU : 26,20 DH

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate bioldim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH
6 118001 181605