

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.



Déclaration de Maladie

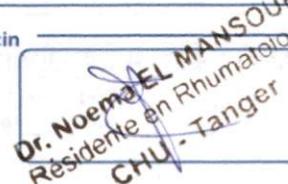
N° W21-764087

AS3560

Conseil

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2321 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAZIZ AHMED			
Date de naissance :			
Adresse : RUE SEFROU FAK TANGER			
Tél. :		Total des frais engagés :	
		Dhs	

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FAZIZ Ahmed Age : 15-9-52

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Spondylarthrite

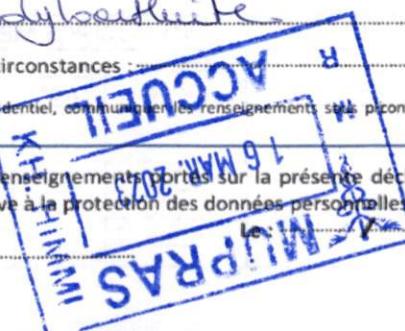
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 16 MAI 2013

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 : 2321

Nom de l'adhérent(e) : FAZIZ

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
2023 2023	15	(H5)	15000	INP : 1660004532 Dr. Khadija Benabdellah Rhumatologue CHU Tanger-Tétouan Dr. Neema EL MANSOUR résidente en Rhumatologie CHU - Tanger

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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



Tanger, Le: 15/02/23

RU03 + CH00

Service de

Nom & prénom : Dr. Azziz Ahmed

Ordonnance

RDV le 23/02/23

Dr. Noema EL MANSOUR
Résidente en Rhumatologie
CHU de Tanger

Fin SVP :

Inf. Phatie échogide
2 Poignets

Rc = Patient Azi de 71 ans

ATCD : Tabagique chronique

Suivi pour Rhumatisme psoriasique

sous Nefotekate 15 mg / sem +

Anthropathie nerveuse.

Actuellement le patient présente

Une Synovite Radio Capitale grade 2 Doppler
gauche + Térogovite de l'extenseur ^{de l'oupe droit} ^{Signature de médecin}

+ Térogovite de l'extenseur radial ^{Dr. Geppi}

Une I.-f. Phatie est prescrite ^{Résidente en Rhumatologie}
^{CHU - Tanger}

Service d'accueil
et d'admission
Hôpital Al Koutoubi - Tanger

1498/El 83
Ranat
23/10/83



Nom : AAziz

Date : 23/5/2023

Prénom : Armand

Compte rendu d'une ponction-infiltration échoguidée :

Echographe : Esaote My Lab X5

Site intéressé : Parcet Dt

Indication: Tensynovite Extasen 2^o imponiert

Geste réaliste

□ Punctuation :cc Aspect :

Visco-supplémentation

Infiltration

Ponction trituration d'une calcification

Produit utilisé :

Diprostine

Incidents

RAS

Autres commentaires :

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TANGER



Quittance N°590037

Al Kortobi

AAZIZ AHMED

23/02/2023 19:16

N° d'admission : 1498/E 23

N° de facture : 4520 23

Hôpital :

LE:

Recu de M^{me} : EXAMEN ECHOGRAPHIQUE D'UN ORGANE SUPERFICIEL OU THORACIQUE

150.00 DPH

LE POINT SUR LA RECETTE

3750.021

NATURE DE LA RECETTE		SOMME
66 - POCHON ARTICULAIRE A L'AIGUILLE DU AUTO-CART - TUTTES ARTICULATIONS SAUTEES		 187.50 DH

##CENT QUATRE VINGT SEPT DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES##

TOTAL:

La somme de :