

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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

153563

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 2326 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : AZIZ AHMED

Date de naissance : 15-9-52

Adresse : RUE SEFROU N° 5, TANGER

Tél. : 0529930244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAIK Fatima Zairas
Professeur Assistant
de Rhumatologie
CHU - Tanger - Tétouan
Al Hoceima

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjointe 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 : / /

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 : 2326

AZIZ

Nom de l'adhérent(e) :

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

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
02/03/23	10/03/2023	Echocardiogramme	150,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'histogramme de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



RDV

02/03/23

BULLETIN DE CONSULTATION

N° 0126299

N° d'ordre:

Date: 23/02/23

Heure de consultation:

a 8h

N° Quittance:

Rle03

P:

Ind:

Mut:

P.S:

Exon:

Ayant droit:

Médecin de garde:

Nom et Prénom du malade: Daeiz Ahmed

Age:

Sexe:

Diagnostic:

Provenance: Ville:

U

Localité:
R Service d'Accueil et d'Admission

Adressé par:

Public:

Privé:

Autres:

Traitemen t Ambulatoire:

infektion de poignet
Gauche

RC = - Orthopathie nœuds
RP

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



Quittance N° 590549

Hôpital Al Kortobi

AAZIZ AHMED
Reçu de M :

02-03/2023 09:21

N° d'admission : 1728/E 23
N° de facture : 5119 23

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
EXAMEN ECHOGRAPHIQUE D'UN ORGANE SUPERFICIEL OU THORACIQUE	H 00,00

TOTAL:

##CENT CINQUANTE PIRHAMS

Nom : Azziz
Prénom : Ahmed

Date : 02/03/23

Compte rendu d'une ponction-infiltration échoguidée :

Echographe : Esaote My Lab X5

Site intéressé : Poignet droit

Indication: Synovite radio-carpique

Geste réalisé :

Ponction :cc **Aspect :**

Visco-supplémentation

Infiltration

Ponction trituration d'une calcification

Produit utilisé :

Diprostane

Incidents :

RAS

Autres commentaires :

Echographiste :

DR. TAIK SARRAS ZEM
Professeur Aziz SARI
de Radiologie
CHU - Tanger - TPI
Al Hoceima