

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

153563

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2326 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AAZIZ AHMED

Date de naissance : 15-9-52

Adresse : RUE SEFROU - N° 5, TANGER

Tél. : 0571030749 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

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

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 : / /

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

Nom de l'adhérent(e) : AAZIZ

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# RELEVÉ 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 RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02/03/13	10/03/13	Dr. TAIK FAITE, Maître-Professeur Assistant de Rhumatologie	150
		CHU - Fandou - Tarcuau - ALHocema	

# 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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
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: .....

N° Quittance: .....

P: ☐

Ind: ☐

Mut: ☐

P.S: ☐

Exon: ☐

Ayant droit: ☐

Médecin de garde: .....

Nom et Prénom du malade: Datt Ahmed

Age: ☐

Sexe: ☐

Diagnostic: .....

Provenance: Ville:  
U ☐

Localité:  
R ☐

Adressé par: .....

Public: ☐

Privé: ☐

Autres: ☐

Traitement Ambulatoire: .....

Service d'Accueil  
et d'Admission  
Hôpital Al Kortobi - Tanger

1728/E/23  
Payant  
02/03/23

infiltration du poignet  
Gauche

RC - - Orthopédie  
RP

Signé:

Nihad TAKHRA  
Responsable en Radiologie  
CHU - Tanger

**Hôpital:** Al Kortiobi

AAZIZ AHMED

Reçu de M :

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

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
EXAMEN ECHOGRAPHIQUE D'UN ORGANE SUPERFICIEL OU THORACIQUE	150,00 DH

**TOTAL:**

##CENT CINQUANTE DIRHAMS ##

Nom : Aziz  
Prénom : Ahmed

Date : 02/03/23

Compte rendu d'une ponction-infiltration échoguidée :

Echographe : Esaote My Lab X5

Site intéressé : Poignet droit

Indication : Synovite radicaire

Geste réalisé :

☐ Ponction : .....cc

Aspect :

☐ Visco-supplémentation

☒ Infiltration

☐ Ponction trituration d'une calcification

Produit utilisé :

Diprostane

Incidents :

RAS

Autres commentaires :

Echographiste :

Dr. TAÏK Fatima Zahra  
Professeur d'Assistance  
de Rhumatologie  
CHU - Tanger - Tétouan - Al Hoceima