

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 canalaire, 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 : 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° W21-808399

AMOR

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9019	Société : RAH		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KADIRI OTTIAN			
Date de naissance : 21/10/77			
Adresse : RUE TANGIER			
Tél. : 0668197795	Total des frais engagés : 311,92 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 25/06/2023	Nom et prénom du malade : KADIRI OTTIAN, Abdellah, 52		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Douleur Lombaire			
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 : TANKE

Le : 25/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
25.06.23	Cs	300		INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Bel Aïeb Pharmacie 1051 TAIEB Pharmacie Atlas N°2 B Mr. My Abdelhafid Riahi Tél. 039 93 60 15 - TANGER</i>	25.06.23	88,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

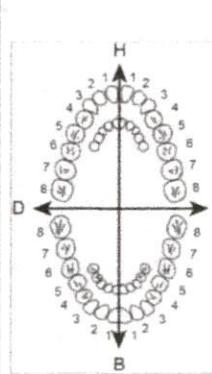
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
25.06.23	pharmacie					1192

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[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**



AKDITAL

Hôpital Privé de Tanger
المستشفى الخاص لطيفة

Tanger, le

25/06/23

Mr Abdellah Kadri
OTTANI

49,40

39,1

OPRA

88,40

Pharmacie Ben Taieb
Hasnae Ben TAIEB
Pharmacie Ben Taieb
Av. Mly Abdellah ex. Rte Atlas N°24 B
Tél. 039 93 60 15 TANGER

AS

1/100

2/100

49,40

COLTRAMYL 4 MG
CP B12

6 118000 060666

OPRA 20 mg
Gélules 0
Deva Pharmaceutique
6 118000 410287

LOT: H0845
PER: 09/2024
PPU: 39,00 Dhs

Hôpital Privé de Tanger
Sis à Quartier Mesnana
Tél: 05 39 31 98 98
TRANGER, Av. Mly. Rachid
INPE: 010064871 (2)
Fax: 05 39 31 07 83

Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid - TANGER
Tél. : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83
E-mail : direction@hptanger.ma
Site web : www.hptanger.ma

HOPITAL PRIVE DE TANGER



010064871

TANGER Le :

Facture N° 18428/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : HPT23F25115726

N° Identifiant : 016971/23

Nom & Prénom M. KADIRI OTTMANI
: ABDERRAHMANE

C.I.N :
Adresse : TANGER

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-06-2023

Date Sortie :

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR. HABRI NADIA

Acte : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		11,92			11,92
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						311,92
						0,00
						PARTIE CLINIQUE :
						311,92

TROIS CENT ONZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DOUZE CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Si à ouvrir au porteur
TANGER - Fax : 05 39 31 98 98
N°P.E : 010064871
Tél : 05 39 31 98 98
Hôpital Privé de Tanger
B.P. 123
Avenue Moulay Rachid
33000 TANGER
E-mail : direction@hptanger.ma - Site Web : www.hptanger.ma - IF : 51746760 - ICE : 002984362000029 - RIB : 230780447959422100950110

Séjour : Du 25/06/2023 au 25/06/2023
Patient : M. KADIRI OTTMANI ABDERRAHMANE
N° Dossier : HPT23F25115726
Organisme : PAYANT

HOPITAL PRIVE DE TANGER

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSE STRILE 7,5X7,5 PC DE 10	4,50 Dh	1	4,50 Dh
PROFENID I.M. 100 MG INJECTA (06)	5,62 Dh	1	5,62 Dh
SERINGUE 10 CC	1,80 Dh	1	1,80 Dh
			11,92 Dh

Siège à Ouedzou
Tunisie - 20100
Tél. 05 39 31 07 83
N°P.E. 010064561
05 39 31 07 83
Sous le nom de
Hôpital Privé de Tanger
M. My. Rachid
Tunisie - 20100
Tél. 05 39 31 07 83
N°P.E. 010064561
05 39 31 07 83