

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

- Reclamation : 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° W21-809687

payé
couvert

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3322 Société : A 91320

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AHZIZ AHMED

Date de naissance : 15-9-88

Adresse : RUE SEFRONATA TANGER

Tél. : 0539938740 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2023

Nom et prénom du malade : Ahmed Aziz

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : PR

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 : Tanger

Le : 05/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-809687

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 : 3322

Nom de l'adhérent(e) : AHZIZ AHMED

Total des frais engagés : 10.11.2023

Date de dépôt : 10.11.2023

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
05/11/23	G		G	

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
	06 DEC 2023		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

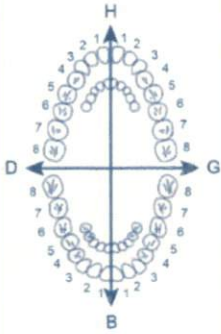
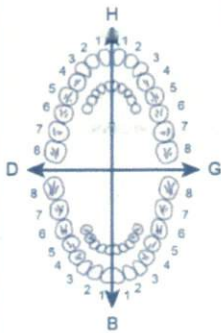
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 COEFFICIENT 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

ORDONNANCE

Cachet du médecin

A Tanger Le 05/12/2023

Ahmed Aziz

T 122

6/12/23

2 Rx du genre dt
(F+P)

Dr. ELGHAMMARTI Assia
Médecin Santé Publique
Tanger
INPE: 161050042



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



Quittance

0713124

Hôpital :

Al Kortobi

Reçu de M :

AAZIZ AHMED

N° d'admission :

06/12/2023 12:49

N° de facture :

24008/23

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
T122 - EXAMEN RADIOLOGIQUE DU GENOU, INFÉRIEUR OU ÉGAT. À DEUX INCIDENCES	112,50 DH

TOTAL :

112,50 DH

La somme de :

##CENT DOUZE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES##



FACTURE N°



24008/23

Code ANAM



160004537

Identification patient

Code IPP



91952010197186

Nom et Prénom du bénéficiaire : AAZIZ AHMED
CIN : K38044
N° d'admission : 7954/E/23
Adresse : 5 A RUE SEFROU
TANGER

Débiteur

Organisme : PAYANT (Payant)

Nom et prénom de l'assuré :

Lien avec l'assuré :

N° d'Individu :

Information

Service : RADIOLOGIE
Motif d'admission : Radiologie
Date Examen : 06/12/2023 12:44

Médecin traitant

Médecin traitant :
Spécialité :

Catégorie	Prestation	Date	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Qté	Prix Total
Imagerie médicale	EXAMEN RADIOLOGIQUE DU GENOU, INFÉRIEUR OU ÉGAL À DEUX INCIDENCES	06/12/2023	T122	Z	15	112,50	1	112,5
Total prestations :								112,50

Montant Total
112,50 Dhs

Montant Organisme
0,00 Dhs

Montant Assurée
112,50 Dhs

Clé	Total
Z	15

Arrêtée la somme à payer par le Patient au montant de cent douze Dirhams cinquante Centimes

Arrêtée la somme à payer par l'Organisme au montant de zéro Dirhams

Fait à Tanger-Médina, le 06-12-2023 12:45

Signature responsable

Facture établie par C.ech

Service d'Accueil
et Admission (Consultation)
Hôpital Al Kortobi - Tanger