

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.

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

pay
Pourri

Optique Autres

91320

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5311

Actif Pensionné(e)

Société : Autre

Nom & Prénom : AHMED

Date de naissance : 15-9-88

Adresse : RUE SEPTEMBRE ALLAL BEN ABDELLAH TANGER

Tél. : 0539930710

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2023

Nom et prénom du malade : Ahmed Aziz

Lien de parenté : Lui-même

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 : 05/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

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 : 5311

Nom de l'adhérent(e) : AHMED

Total des frais engagés : 100.11.05.0

Date de dépôt : 10/12/2023

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
05/12/2023	G	G		DR. ELEGIAZARAS Médecin Santé Publique R.T.A. Cabinet de la Protection Sociale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06 DEC 2023		J.M.C.

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

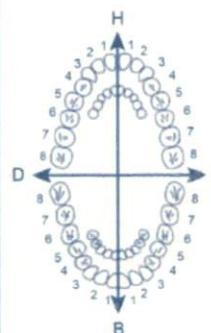
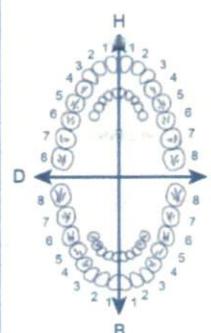
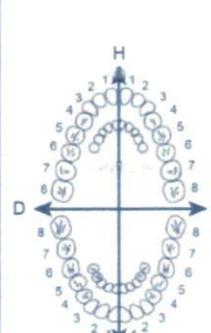
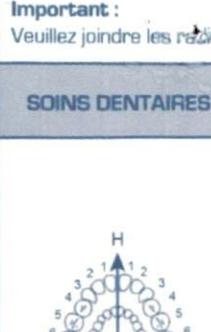
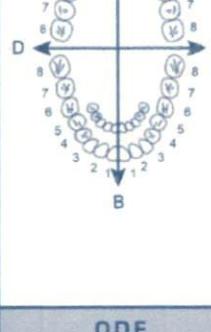
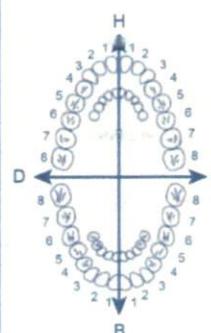
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : [REDACTED]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]												
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
ODF PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
(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												

ORDONNANCE

Cachet du médecin



A Tanger le 05/12/2013

Ahmed Aariz

Famille SP

T 122
6/12/13

CRx du genou dt
(F+P)



Dr. ELGHAMMARTI Assia
Médecin Santé Publique
Tanger
INPE : 161650042

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



Quittance

0713124

Hôpital :

Al Kortobi

Reçu de M :

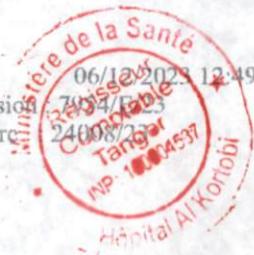
AAZIZ AHMED

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
T122 - EXAMEN RADIOLOGIQUE DU GENOU, INFÉRIEUR OU ÉGAL. 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