

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>2136</u>	Société : <u>R.A.M.</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>CHENTAUF ABDEL HAIC</u>	
Date de naissance : <u>1955</u>	
Adresse : <u>TANGER</u>	
Tél. <u>06 66 28 29 54</u> Total des frais engagés : <u>650</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>Youness AKHARIE</i> <i>MEDECINE GENERALE</i> <i>Hay Jabal Takkiloussada</i> <i>Av. Forêt d'Amaline - N° 10 - Tanger</i>		
Date de consultation :	<u>19/02/2024</u>	Age :	<u>21 ans</u>
Nom et prénom du malade :	<u>CHENTAUF ABDEL HAIC</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Douloureuse</u>		
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

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

Le : 10.02.24

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-032047

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 : 650

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
19/07/2016			150 Dhs	YOUNES SAKHARIF MEDICINE GÉNÉRALE Hay Jada Tarik Lot F Forêt Diplommatique

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/02/2018	10. A. Clinique Assas - TANGER Tel : 0539 92 25 58	10. A. Abderrahim Tel : 0539 92 25 75

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 le bilan de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adionction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Assalam
TANGER
Médico-Chirurgicale



Clinique Assalam
طنجة
الطب والجراحة

médecin prescripteur

Tanger, le ...

Nom du patient :

19/02/2014

Chentouf Youssra

E Cleo-blut.

Pellmeier

f = m-anhydros

Dr. Youness AKHARIF
MEDECINE GÉNÉRALE
Hôp. Jabal Yannik Lot Essaada
Av. Forêt Diplomatique N°11 - Tanger



COMPTE RENDU d'IMAGERIE

Nom & Prénom : CHENTOUF OUMAIMA
Tanger le : 19/02/2024
Examen : ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne
MEDECIN DEMANDEUR : Dr AKHARIF

Honoré confrère,

Tout en vous remerciant de la confiance que vous nous témoignez, veuillez, trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RESULTAT

- Foie de taille normale, de contours réguliers, d'écho structure homogène, sans lésion focale.
- Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique.
- Tronc porte de calibre normal, de flux hépatopèthe.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra ni extra hépatiques.
- Rate de taille normale, homogène.
- Pancréas sans anomalies.
- Reins de taille normale de contours réguliers avec bonne différenciation cortico sinusal, sans dilatation des cavités pyélo calicielles.
- Absence d'image de calcul décelable.
- Vessie en semi réplétion sans anomalie pariétale ni endoluminale.
- Pas de masse pelvienne.
- Absence d'adénopathie abdomino-pelvienne.
- Absence d'épanchement liquidiens péritonéal.

CONCLUSION :

Echographie abdomino pelvienne sans particularité.

Dr AKAABOUNE

AKAABOUNE Safa

docteur Radiologue

CLINIQUE ASSALAM

AV ABDERRAHMAN EL YOUSSEFI TANGER
0661959051

F A C T U R E

N° : 707 / 2024 du 19/02/2024

Nom patient CHENTOUF OMAIMA
PAYANT

URGENCE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHO	1,00		400,00	400,00
SALLE D'OBSERVATION	1,00		100,00	100,00
<i>Sous-Total</i>				500,00
Total Clinique				500,00

DR. AKHRIF YOUNES (generaliste)	1,00	150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>			150,00
Total Autres prestations			150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	650,00

