

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 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° P19-0032047

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2136 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHENTOUF ABDELHAIL
 Date de naissance : 1955
 Adresse : TANGER
 Tél. 0666282954 Total des frais engagés : 650 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/02/2024
 Nom et prénom du malade : CHENTOUF OUMAIMA Age: 21ans
 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 : TANGER Le : 19/02/24
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

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
19/02/2024			1500	

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
	19/02/2024		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19/02/2024 F.C.					

VOLET ADHERENT

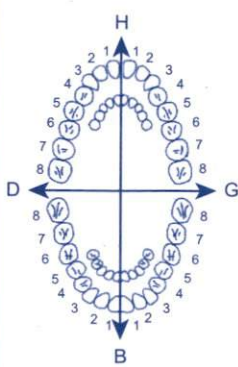
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

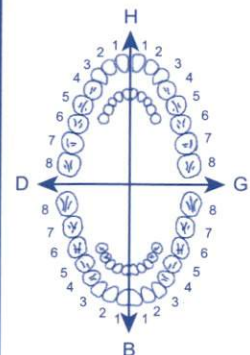
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



médecin prescripteur

Tanger, le

19/02/2024

Nom du patient

Chentoufouana

E. A. Med.

Pellu

f= m-ankles

Dr. Youness AKHARIF
MEDECINE GÉNÉRALE
Hay Jabal Tarik 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 hépatopète.
- 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 sinusale, 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 liquidien péritonéal.

CONCLUSION :

Echographie abdomino pelvienne sans particularité.

Dr. AKAABOUNE

AKAABOUNE Safa

ecin Radiologue

CLINIQUE ASSALAM

AV ABDERRAHMAN EL YOUSOUFI 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

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

Clinique Assalam Tanger
10, Av. Abderrahmane El Youssfi
Tél. : 0539 32 25 58
Fax : 0539 32 25 75
TANGER

Clinique Assalam Tanger
Service Radiologie
10, Av. Abderrahmane El Youssfi
Tél. : 0539 32 25 58 Fax : 0539 32 25 75
Tanger