

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothésaire :

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

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- 060611

N°: 45805

1969

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1969

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : épouse

Nom & Prénom : ZERKANI ABDELHAK

Date de naissance : 04.10.58

Adresse : Rue Beethoven Rés OUMNIA 1 8^e étage

N° 164 TANGER

Tél. : 0661535181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2020

MUPRAS

Nom et prénom du malade : Belach Zerkania

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

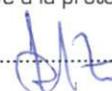
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-060611

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 : 1969

Nom de l'adhérent(e) : Zerkania Abdellah

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/09/20	3 = 180	1500 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 exiés 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Tingis

Avenue Abou Bakr Arrazi
TANGER
Tél.: 05 39 34 04 04
Fax: 05 39 94 39 63



مصحة تنجيس

شارع أبو بكر الرزاي
طنجة
الهاتف : 05 39 34 04 04
الفاكس: 05 39 94 39 63

٢٢/١٥/٢٠١٥

— Tingis Clinique
Dr. AL RADI DRAZI
Dr. CENTRE MEDICAL
CENTRE MEDICAL
Dr. AL RADI DRAZI
Dr. CENTRE MEDICAL
Dr. AL RADI DRAZI
Dr. CENTRE MEDICAL
Dr. AL RADI DRAZI
Dr. CENTRE MEDICAL

RCI HFR

Céphée.

URGENCES
Tél: 0539 34 04 04 - Fax: 0539 94 39 63
AV. Abou Bakr HII DI Tingis - Maroc
CLINIQUE TINGIS

Dr. ADRAS

Centre de Radiologie Ibn Sina – Tanger

Docteurs

Diouri Mohamed

Alami Merrouni Mohamed

Tanger le : 21/09/2020

NOTE D'HONORAIRES

Nom du patient : **Mme BELACH Jamila**

Nature de l'examen : **TDM CEREBRALE**

Honoraires : **1500 Dhs**

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

SIGNE :

DR. ALAMI MERROUNI M.
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
INP : 161005467