

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-795517

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : 164598

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boufaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lks Ennasr Rue 18 N° 12 Tanger

Tél : 06 19 95 69 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/2023

Nom et prénom du malade : Boufaher Fatima

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
01/10/23	CS		25000	Dr Ghassan Nassiri Médecin Anesthésiste Réanimateur Clinique Multidisciplinaire de Tanger Place du Maghreb Arabe, City Center (Rond point TGV) Tanger. INPE: 071269807
03/10/23	E		G	

[illegible][illegible]

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

RELEVÉ 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'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			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

TANGER LE

04/07/23

Cher confrère

- Permettez moi de vous remercier
d'avoir suivi Fatima pour
Néphrologie?

- Pourriez vous nous fournir un
statut néphrologique de la patiente
du vu d'une care chirurgicale d'une
létalité

Ghassan Nassiri

Dr Ghassan Nassiri
Médecin Anesthésiste Réanimateur
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe
City Center (Rond point TGV) Tanger
INPE: 071269807

Ghassan Nassiri

Dr. EL HALIMI Rédouane

Ophtalmologiste - Chirurgien



Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat

Ex. Ophtalmologiste au CHU

Ibn Sina .Souissi - Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتور رضوان الحليمي

إختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

إختصاصي سابق بمستشفى ابن سينا

السويسي الرباط

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Tanger, le : طنجة, في :

03 mai 2023

Mme BOUTAHAR Fatima

**CPA
Cataracte**

- Medecin : DR EL HALIMI REDOUANE

- Identité du patient : Mme Fatima BOUTAHAR
- Age : 62 ans et 10 mois
- Type d'anesthésie : Locale
- Type d'intervention : Cataracte
- Œil à opérer : Œil Droit

Bilan pré opératoire pour chirurgie oculaire (Cataracte)

ساحة مولاي عبد العزيز، عمارة النصر، بجوار مسجد بدر

الطابق 3 شقة 10 (فوق مخبزة فرومبواز) - طنجة

Place Mly Abdelaziz, Imm. Al Nasr, à-côté mosqué Badr

Etage 3, Appt 10 (au-dessus pâtisserie Framboise) - TANGER

☎ 0539 94 29 29 - 📞 07 06 06 21 88 - ✉ redouaneelhalimi@gmail.com

Reçu de caisse

N° : 2305041126566170 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230504111412QR-001	BOUTAHER FATIMA	04/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		250,00
PAYANT	Total payé	250,00
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : ELMECHOU

Caisse
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 90 90

CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE

Nom : <u>Boutaher</u>		Poids :	CS d'anesthésie le : <u>04.05.23</u>	
Prénom : <u>Fatiha</u>		Taille :	Dr : <u>El Hachimi redouane</u>	
NE : <u>1958</u>		Age : <u>62</u>	De : <u>Agour</u>	
Intervention prévue : <u>CATARACTE</u>				
<input type="checkbox"/> Programmée <input type="checkbox"/> Non programmée <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Estomac plein <input type="checkbox"/> Ambulatoire				
Antécédents : Médicaux : <u>- Githy = thyroïdite en 17/12</u> <u>- Diabète</u> <u>- HTA</u> Chirurgicaux : <u>- Thalasémie</u> Obstétricaux : Allergique : Transfusionnels : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quanc				
Traitement actuel : <u>- Levotyrox</u> <u>Kardégic</u> <u>antihypertenseurs</u> <u>- Glucophage 1000x1/1</u> <u>Insuline. Mix</u> <u>et Insul. Rapide</u>				
Examen clinique cardiovasculaire : PA : <u>137/54</u> FC : <u>77</u> yspnée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Stade NYHA : I II III IV				
uscultation : gnes d'IC : spiratoire : scultation : teurs prédictifs d'ID : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non Ilampati : I II III IV DTM : >6 <6 OB : >3 <3 t veineux : thèse dentaire amovible : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres : res : Siège : <u>Avis Hépatologie</u>				
clinique : Groupe sanguin : HB : HT : Plaq : Nb det : RAI : du : émie <u>160</u> Urée : <u>0.26</u> Créat : <u>80</u> Na+ TP K+ TCA : umon : s : HBANC : <u>7.60</u>				
Ilatoire possible : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non fication d'Altemeier : I II IV V ésie post-op : Consignes pré-op : Information patiente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prémédication				
ision : ésie prévue : <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> Rachis <input type="checkbox"/> Péri <input type="checkbox"/> Sédation				