

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000449

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Boufaher Fatima
Date de naissance : 1958
Adresse : Lot's n°15 Rue 18 n°12 Tanger
Tél. : 06.56.15.66.68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatique

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 : 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
11/03/22				Dr. Hicham CHIBICHES Traumatologue - Orthopédiste Tanger INPE : 161215876

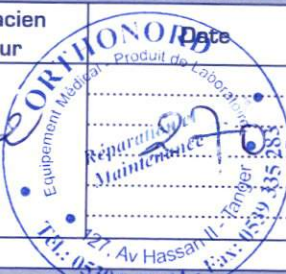
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/03/22



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

12-3-022

R

112.50



AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

11-3-022

Cs

60000R

ab. 05-20-20-20 C.M.S #600H #01

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

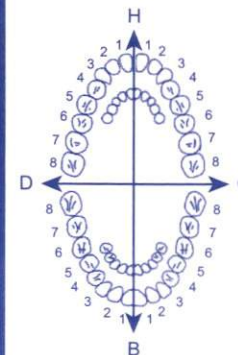
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

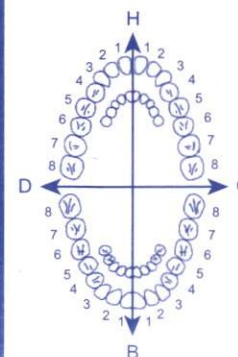
FIN
D'EXECUTION

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



Tanger, Le: 06 05 22

Service de

Nom & prénom : Bou Laher

Ordonnance

fami svl
ablation du plâtre.

Signature de médecin



Service de

Nom & prénom :

Ordonnance

J SVP

Botte Plâtre

Signature de médecin

4



no 31

American

31/boards Plate

1000-1-02021

Legend

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N° 485585

Hôpital :

LE :

Reçu de M : MOHAMMED V

18/03/2022

BOUTAHER FATIMA

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
T120>>EXAMEN RADIOLOGIQUE DE LA CHEVILLE, MINIMUM DEUX INCIDEN	N° EXAMEN N° Facture 112,50 DH

611208

11197

TOTAL :

La somme de :

##CENT DOUZE DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIME##

112,50 DH



Id Poste :

34

Caissier

hamoumi merie

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N° 483981

Hôpital :

MOHAMMED V

Reçu de M :

BOUTAHER FATIMA

LE :

11/03/2022

N° CONSULTATION

9169

SOMME

9082

NATURE DE LA RECETTE

>CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE

60,00 DH

TOTAL :

La somme de :

##SOIXANTE DIRHAMS##

60,00 DH



id Poste :

34

Caisser

hamoumi merie

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N° 497055

Hôpital :

LE :

Reçu de M: MOHAMMED V

06/05/2022

BOUTAHAR FATIMA

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
>>CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	CONSULTATION 15774 N°Facture 15717 60,00 DH

TOTAL :

La somme de :

##SOIXANTE DIRHAMS##

60,00 DH

IdPoste :

34

Caisser

hamouli.merle



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
C.H.R.
HÔPITAL MOHAMMED V
TANGER

N° Examen

Date

18 08 20

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIE

Nom du Malade :

BOUTAHER Fatima

Age :

Date d'entrée :

N° d'entrée

Service :

Renseignements cliniques
(Urgent / Non-Urgent)

Réponse

Consulte

111197

Région (localisation) :

Rochville SE F + D

Médecin demandeur

Rendez-vous :

Mutualiste, - Payant - Indigent.

SCS coté 2



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC