

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-768658

payé

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : A60521

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lot 5 Ennass Rue 18 N° 12 Tanger

Tél. : 06 19 95 62 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOULAHCH Ousajih
Médecin CHR-TANGER

Date de consultation : 29/03/2023

Nom et prénom du malade : BOUTAHER Fatima

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2023


Signature

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
29/03/2023	C		C	INP : 160005364 Dr BOULAICH Ouajih Médecin CHR-TANGER

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.03.23	90,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/03/23	RX genou T.122	

AUXILIAIRES MEDICAUX

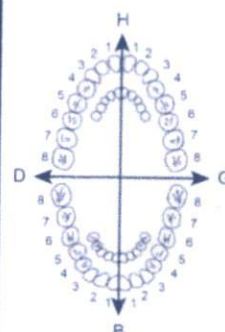
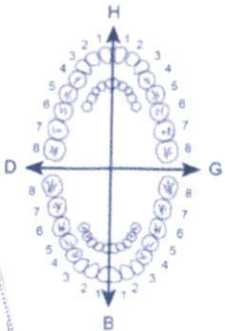
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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 <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
HÔPITAL



TANGER

BULLETIN DE CONSULTATION

N° 0313613

N° d'ordre:

Date: 29/03/23 Heure de consultation: / /

N° Quittance:

P: / Ind: / Mut: /

P.S: / Exon: / Ayant droit: /

Médecin de garde:

Nom et Prénom du malade: BOUTAKER Fatima

Age: / Sexe: /

Diagnostic:

Provenance: Ville:

U /

Localité:

Adressé par:

Public: /

Pr

Traitement Ambulatoire:

u1.70

1/ Profenid 100mg

1 suppo x3/j

2/ Oedis 30mg

1 gél / j le matin

u900

3/ Flexanat Pommade

1 app x3/j

N° d'enregistrement au ministère de la santé :
72018129/2021/COSMAT/DMP/RR/18
N° de lot : F-08
Date de Fab : 09/22
Date d'Exp : 08/25
PPC : 49.00 MAD



8 906115 620985

Profenid® 100mg
12 Suppositoires



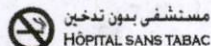
6 118000 060819

41,70

Pommade
FLEXANAT®

A base de plantes

DOULEURS MUSCULAIRES,
ARTICULAIRES ET DORSALES
آلام العضلات والمفاصل والظهر



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

90.70

Dr BOULAICH Ouajih
Médecin CHR-TANGER
Signer



ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N°609921

Hôpital : HR Mohamed V

Reçu de M BOUTAHER FATIMA

LE : 29/03/2023 21:41

N° d'admission : 15403/E/23

N° de facture : 28924/23

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
PIE2 - EXAMEN RADIOLOGIQUE DU GENOU. INFERIEUR OU ÉGAL À DEUX INCIDENCES	112.50 DH



TOTAL : 112.50 DH

La somme de : ##CENT DOUZE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES##

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
HÔPITAL:
TANGER

N° Examen

Date 29/3/23

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIE

Nom du Malade

Boulach Fatima

Age:

Date d'entrée:

N° d'entrée

Service :

Renseignements cliniques
(Urgent / Nom-Urgent)

Reponse

Rx du genou dt (F+P)

Région (localisation) :

28924

Médecin demandeur

Rendez-vous :

Mutualiste, - Payant - Indigent.

Dr BOULACH Oujin
Médecin CHR-TANGER



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC