

## 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.

### 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.

N° W21-768658

payé  
compte

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : 1503			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société :	
Nom & Prénom : Boulaiher Fatima			
Date de naissance : 1958			
Adresse : Lotis Ennase Rue 18 N° 12 Tanger			
Tél. : 0619956286		Total des frais engagés : _____ Dhs	

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Dr BOULAIHER Hajah Médecin CHR-TANGER			
Date de consultation : 29/03/2023			
Nom et prénom du malade : BOULAIHER Fatima Age: 64			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) :

Fatima

AB

### 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
24/03/2023	C	6		INP : 160005369 Dr BOU LAICH Ouajih Médecin CHU-TANGER

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.03.23	90,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/03/23	Rx genou	1192

### AUXILIAIRES MEDICAUX

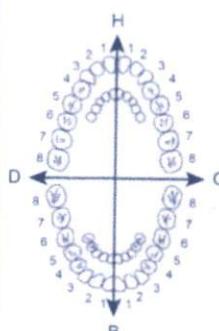
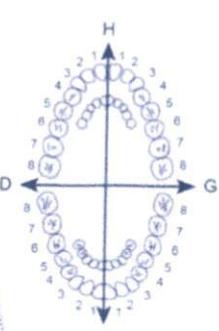
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
																
																
<h4>ODF PROTHESES DENTAIRES</h4> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

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



TANGER

BULLETIN DE CONSULTATION

N° 313613

N° d'ordre:

Date: 29/10/23 / 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 100 mg

1 suppo x 3/j



8 906115 620985

N° d'enregistrement au ministère de la santé :  
720/18129/2021/COSMAT/DMP/RR/18  
N° de lot : F-08  
Date de Fab : 09/22  
Date d'Exp : 08/25  
PPC : 49.00 MAD

Profenid® 100 mg  
12 Suppositoires



6 118000 060819

41,70

Pommade  
FLEXANAT®

À base de plantes

DOULEURS MUSCULAIRES,  
ARTICULAIRES ET DORSALES  
ألم العضلات و المفاصل والظهر

u9.00

2/ Oedis 20 mg  
1 gell / j le matin

(R)

3/ Flexanat pommade  
1 app x 3/j

Dr. BOULAICH Ouajih  
Médecin CHR-TANGER  
Signer



مستشفى بون تدرين  
HÔPITAL SANS TABAC

90,70

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE 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
1102 - EXAMEN RADIOLOGIQUE DU GENOU. INFÉRIEUR OU ÉGAL À DEUX INCIDENCES	112.50 DH

TOTAL : 112.50 DH

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

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE 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: Drissat Fatima Age:

Date d'entrée:

N° d'entrée

Service :

Renseignements cliniques

(Urgent / Nom-Urgent)

Réponse

Rx du genou dt (F+R)

Région (localisation):

Médecin demandeur

Rendez-vous:

Mutualiste, - Payant - Indigent.

Medical Office  
CHU TANGER



مستشفى بدون تدخين  
HÔPITAL SANS TABAC