

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-808399

17/10/2019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9019 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KADIRI OTMAN ABDERRAHMANE

Date de naissance : 21/10/77

Adresse : RAM TANGER

Tél. : 0668997795 Total des frais engagés : 311,92 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/06/2023

Nom et prénom du malade : KADIRI OTMAN Abderrahmane Age: 52

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

Nature de la maladie : Douleur Lombaire

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 : 25/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : [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
25.06.23		03	300	INP : 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Cachette Rue Atlas N°24 Tél: 039 93 60 15 - TANGER	21.06.23	88,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX


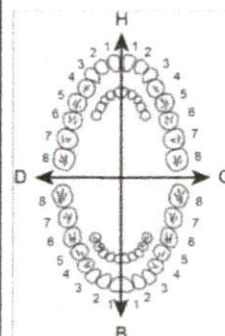
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
25.06.23	pharmacie					1192

### 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 : 
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

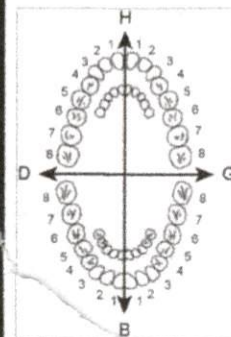
### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé de Tanger  
المستشفى الخاص لطنجة

Tanger, le

25/06/23

M. Abdelman Kadiri  
OTTAWI

49.40

2/ Coltranyl

39.1

2/ Opva

88.40

Pharmacie Ben Taieb  
Hasnae BEN TAIEB  
Pharmacie  
Av. Mly Abdelhafid ex. Rue Atlas N°24 B  
Tél.: 039 93 60 15 TANGER

COLTRAMYL 4 MG

CP B12



6 118000 060666

49,40

OPRA 20 mg  
Dév. Pharmaceutique



6 118000 410287

LOT: M0845  
PER: 09/2024  
PPU: 39,00 DA

Hôpital Privé de Tanger  
Sis à Quartier Mesnana, Av. Mly Rachid  
TANGER  
Tél : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83  
INPE : 010064871

Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid - TANGER  
Tél. : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83  
E-mail : direction@hptanger.ma  
Site web : www.hptanger.ma



# HOPITAL PRIVE DE TANGER



010064871

TANGER Le :

Facture N° 18428/23

## A. Identification

N° Dossier : HPT23F25115726

N° Identifiant : 016971/23

Nom & Prénom **M. KADIRI OTTMANI**

: **ABDERRAHMANE**

C.I.N :

Adresse : TANGER

## B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Organisme : **Payant**

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-06-2023

Date Sortie :

page 1/1

Médecin traitant : DR. HABRI NADIA

Acte : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		11,92			11,92
<b>Sous total :</b>						<b>11,92</b>
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
<b>Sous total :</b>						<b>300,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>311,92</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>311,92</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENT ONZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DOUZE CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Hôpital Privé de Tanger  
Sis à Quartier Mesnana Avenue Moulay Rachid - TANGER  
Tél : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83  
INPE : 010064871  
TANGER  
Av. Moulay Rachid  
20000 Tanger  
Maroc

# HOPITAL PRIVE DE TANGER

Séjour : Du 25/06/2023 au 25/06/2023  
Patient : M. KADIRI OTTMANI ABDERRAHMANE  
N° Dossier : HPT23F25115726  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSE STRILE 7,5X7,5 PC DE 10	4,50 Dh	1	4,50 Dh
PROFENID I.M. 100 MG INJECTA (06)	5,62 Dh	1	5,62 Dh
SERINGUE 10 CC	1,80 Dh	1	1,80 Dh
			11,92 Dh

Tel : 05 39 31 98 98  
INPE : 01006487  
Sis à Quartier Médical  
Hôpital Privé de Tanger  
Av. Moulay Rachid  
TANGER  
05 39 31 07 83  
②