

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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° W21-806595

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1503

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Boutahar Fatima

Date de naissance :

1958

Adresse :

Lot 5 Ennasr Rue 18 N° 12 Tanger

Tél. :

06 19 95 52 86

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/11/23

Nom et prénom du malade :

Boutahar Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Gonalgie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/11/2023	C1PH	60015	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Dr. MAHBOUB MOHAMMED
09 DEC 2023	E/	60015	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Dr. MAHBOUB MOHAMMED

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		161 133 723

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
01/11/23	01/11/23	B106 + B216 B134 + B370 B.M. + B.100 B.118 B.120	262,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RECEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				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

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



Quittance

0714365

Al Kortobi

Hôpital :

BOUTAHER FATIMA

Secrétariat
Hôpital Al Kortobi
Service d'Accueil et d'Admission
Tanger

29/12/2023 10:48

N° d'admission : 8455/E/23

N° de facture : 25912/23

Reçu de M :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<p>T122 - EXAMEN DE LA VUE ET DE L'ACOUË</p> <p>INCIDENT</p> <p>DU ÉGAL À DEUX</p>	<p>12.50 DH</p> <p>112.50 DH</p> <p>Regisseur Comptable Tanger INP: 10004597</p>

###CENT DOUZE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES##

TOTAL :

La somme de :

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TANGER



Quittance 0711309

Hôpital :

Reçu de M : Al Kortobi

01/11/2023 10:04

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE - CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	60,00 DH

N° d'admission : 20891/C/23
N° de facture : 21308/23



TOTAL :

La somme de :

60,00 DH

##SOIXANTE DIRHAMS ##

C3



BULLETIN DE CONSULTATION

N°: 0005106

N° d'ordre :

Date : / 01 / 11 / 23 /

Heure de consultation: / /

N° :

Médecin : *[Signature]*

Nom et Prénom du malade : *Dr. Boukhar*

Diagnostic :

Adressé par :

Traitement :

*carp
creatine
NFS
CU
TG
uricémie
glycémie = j*



3

[Signature]

Signé:



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

Dr. MAHBOUB Moulameo
Boukhar
Hôpital Al Kortobi - TANGER
INP



C3

Billet de rendez-vous

Nom : **FATIMA BOUTAHER**

Rendez-vous : **Mercredi le 20/12/2023 à** ~~undefined~~ 8h30

Nature de rendez-vous : **Examen de Laboratoire - Laboratoire**

Prestation : **LABORATOIRE - Laboratoire**

Médecin :

Merci de se présenter au rendez-vous muni des pièces suivantes :

- Une copie de la feuille de prise de rendez-vous
- Une copie de la carte Ramed si vous en disposez
- Une copie de la fiche de liaison



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

Quittance

0695457

Hôpital :

Reçu de M :

Mohammed VI

20/12/2023 09:21

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
BOUTAHER FATIMA	
B106 - CHOLESTÉROL TOTAL	22,50 DH
B216 - NUMÉRATION FORMULE (GLOBULES ROUGES/BLANCS, PLAQUETTES)	60,00 DH
B134 - TRIGLYCÉRIDES	37,50 DH
B370 - C R P (PROTÉINE C RÉACTIVE)	75,00 DH
B111 - CRÉATININE sanguine	22,50 DH
B100 - ACIDE URIQUE (sanguin)	22,50 DH
B118 - GLYCÉMIE	22,50 DH

N° d'admission : 16388/E/23
N° de facture : 24291/23



TOTAL :

La somme de :

262,50 DH

Hopital Mohamed VI. service laboratoire : rapport NFS

ID patient :

Nom:

Prénom:

Sexe:

Age:

Date naiss.:

Service:

Lit N°:

ID échant.: c3

Hr test:

20-12-2023 09:50 Mode: WB CBC

Diagn. clinique:

Paramètre	Résultat	Unité	Plage réf.	Paramètre	Résultat	Unité	Plage réf.
GB	4.86	x10⁹/L	4.00 - 10.00	GR	5.51	x10¹²/L	3.50 - 5.50
% neu	%		50.0 - 70.0	HGB	18.6	g/dL	11.0 - 16.0
% lym	%		20.0 - 40.0	HCT	32.6	%	37.0 - 54.0
% mon	%		3.0 - 12.0	VGM	59.0	fL	80.0 - 100.0
% eos	%		0.5 - 5.0	TMH	19.2	pg	27.0 - 34.0
% bas	%		0.0 - 1.0	CCMH	32.6	g/dL	32.0 - 36.0
Neu.	x10 ⁹ /L		2.00 - 7.00	IDR-CV	0.145		0.110 - 0.160
Lym.	x10 ⁹ /L		0.80 - 4.00	IDR-DS	35.9	fL	35.0 - 56.0
Mon.	x10 ⁹ /L		0.12 - 1.20	PLT	287	x10⁹/L	100 - 300
Eos.	x10 ⁹ /L		0.02 - 0.50	VMP	8.9	fL	6.5 - 12.0
Bas.	x10 ⁹ /L		0.00 - 0.10	IDP	15.6		9.0 - 17.0
* % LYA	%		0.0 - 2.0	PCT	2.55	mL/L	1.08 - 2.82
* % GCI	%		0.0 - 2.5				
* LYA	x10 ⁹ /L		0.00 - 0.20				
* GCI	x10 ⁹ /L		0.00 - 0.20				
* NLR			0.00 - 99.99				
* PLR			0.00 - 9999.99				

* indique une utilisation réservée à la recherche, utilisation diagnostique interdite

Collect.:

Opérateur:

Mr mohamed Ettourab

Valideur:

Hr prélèv.:

Hr réception:

Heure impr.:

20-12-2023 10:48:49

Remarques:

* Le res. corres. unique à l'échant. anal.

Royaume du Maroc
Ministre de la Santé
Délégation préfectorale de Tanger-Assilah
Hopital Mohammed VI

Service du laboratoire

20/12/2023 10:14

Nom du patient:

ID patient:

c3

Dte Naiss.:

Âge:

Sexe:

Observations:

Techniques	Type	Résultat	Unité	AVIS	Plages de réf.
CREATININE	SER	11,23	mg/L		6,00 - 13,00
UREA-BUN-UV	SER	0,26	g/L		0,15 - 0,55
GLUCOSE	SER	2,41	g/L	H	0,70 - 1,10
TRIGLYCERIDES	SER	1,43	g/L		0,30 - 1,50
CHOLESTEROL	SER	2,10	g/L		0,50 - 2,40
	SER	10,21	mg/L	L	26,00 - 72,00



BULLETIN DE CONSULTATION

N°: 0003606

N° d'ordre :

Date : /01/11/23/ Heure de consultation: / / /

N° :

Médecin : Dr. Bouhassane

Nom et Prénom du malade : Bouhassane Fatma

Diagnostic :

Adressé par :

Traitement : Rx 02 semaines



T122

29/12/2023

845X1E/23

payant

29/12/23

HOPITAL AL KORTOBI
TANGER
Service de Radio
Tanger

Dr. MAHBOUB Mohamed
Pneumatologue
Hopital Al Kortobi - TANGER

Signé:



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

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



Quittance

0714364

Accusé de réception
Hôpital Al Kortobi
Tanger
N° d'admission
26204/C/23

Payant

Hôpital : Al Kortobi

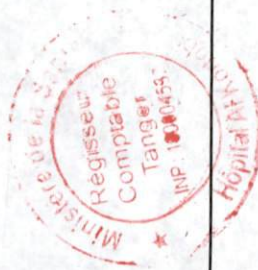
29/12/2023 10:47

Reçu de M : BOUTAHER FATIMA

N° d'admission : 26204/C/23

N° de facture : 25910/23

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE - CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	60.00 DH
	60.00 DH



TOTAL :

##SOIXANTE DIRHAMS ##

La somme de :

FACTURE N°



25910/23

Code ANAM



160004537

Identification patient

Code IPP



90958510183568

Nom et Prénom du bénéficiaire : BOUTAHER FATIMA
CIN : K66723
N° d'admission : 26204/C/23
Adresse : lots ennasr rue 18 no 12
tanger

Débiteur

Organisme :

PAYANT (Payant)

Nom et prénom de l'assuré :

Lien avec l'assuré :

N° d'Individu :

Information

Service : RHUMATOLOGIE
Motif d'admission : CONSULTATION DE
SUIVI - PROGRAMMÉE
Date Consultation : 29/12/2023 10:42

Médecin traitant

Médecin traitant :

Dr. MAHBOUB
MOHAMMED

Spécialité :

RHUMATOLOGIE

Catégorie	Prestation	Date	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Qté	Prix Total
Consultation	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	29/12/2023	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE	Cs	1	60,00	1	60
Total prestations :								60,00

Montant Total
60,00 Dhs

Montant Assurée
60,00 Dhs

Clé	Total
Cs	1

Arrêtée la somme à payer par le Patient au montant de soixante Dirhams

Date	N° quittance	Montant
29/12/2023 10:42	714364	60,00

Fait à Tanger-Médina, le 29-12-2023 10:42

Signature responsable

Facture établie par C.ech

FACTURE N°



25912/23

Code ANAM



160004537

Identification patient

Code IPP



90958510183568

Nom et Prénom du bénéficiaire :

BOUTAHER FATIMA

CIN :

K66723

N° d'admission :

8455/E/23

Adresse :

lots ennasr rue 18 no 12
tanger

Débiteur

Organisme :

PAYANT (Payant)

Nom et prénom de l'assuré :

Lien avec l'assuré :

N° d'Individu :

Information

Service :

RADIOLOGIE

Motif d'admission :

Radiologie

Date Examen :

29/12/2023 10:43

Médecin traitant

Médecin traitant :

Spécialité :

Catégorie	Prestation	Date	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Qté	Prix Total
Imagerie médicale	EXAMEN RADIOLOGIQUE DU GENOU, INFÉRIEUR OU ÉGAL À DEUX INCIDENCES	29/12/2023	T122	Z	15	112,50	1	112,5
Total prestations :								112,50

Montant Total

112,50 Dhs

Montant Assurée

112,50 Dhs

Clé	Total
Z	15

Arrêtée la somme à payer par le Patient au montant de cent douze Dirhams cinquante Centimes

Date	N° quittance	Montant
29/12/2023 10:48	714365	112,50

Fait à Tanger-Médina, le 29-12-2023 10:43

Signature responsable

Facture établie par C.ech