

## 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° W21-806599

*par courrier*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Boulaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots Ennasr Rue 18 N° 18 Tanger

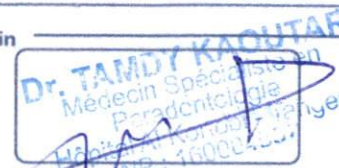
Tél. : 06.19.95.62.86

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/2024

Nom et prénom du malade : BOULTAHER FATIMA

Age : 66ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Parodontite + Caries

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.

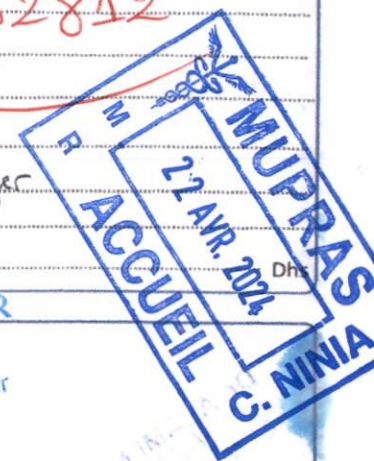
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*Handwritten 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
11/03/24		1	605	INF: 004198279

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. AMI MERROUN M. CENTRE DE RADIOLOGIE IBRAHIM SINA TANGER INF: 151005467	11/03/24	20	250 DH

# 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 :

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 : <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Centre de Radiologie Ibn Sina – Tanger

## Docteurs

Diouri Mohamed

Alami Merrouni Mohamed

Tanger le : 11/03/2024

### NOTE D'HONORAIRES

Nom du patient : **Mme BOUTAHER Fatima**

Nature de l'examen : **PANORAMIQUE DENTAIRE**

Honoraires : **250 Dhs**

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

**DEUX CENTS CINQUANTE DIRHAMS**

SIGNE :

Dr. ALAMI MERROUNI M.  
RADIOLOGUE  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
IBN SINA - TANGER  
INP : 181005467



# Centre de Radiologie Ibn Sina Tanger

الدكتور Docteur

ديوري محمد Diouri Mohamed

الدكتور Docteur

علمي مروني محمد Alami M. Mohamed

Résonance magnétique 1,5T (IRM) - Scanner multibarrettes 3D  
Radiologie et Mammographie numérisées - Ostéodensitométrie  
Dentascan - Cone Beam - Radio Panoramique dentaire - Echographie

Nom et Prénom : BOUTAHER Fatima  
Médecin demandeur : DR TAMDY Kaoutar  
Nature de l'examen : RX PANORAMIQUE DENTAIRE

Tanger le : 11/03/2024

## Compte Rendu

Cher(e) confrère, merci de la confiance que vous avez témoignée

*\*Réalisation de radio panoramique pour étude de la dentition en vue de soins dentaires.*

Dr. ALAMI MERROUNI M.  
RADIOLOGUE  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
IBN SINA - TANGER  
INP : 161005467

Résidence Juliana

45, Rue El Maari (En face de la Comanav) - Tanger

Tél.: 05 39 94 16 46 / 05 39 94 04 90

Fax: 05 39 94 50 19

Email: centre\_radiologie@menara.ma

www.cris.ma

  
Centre de Radiologie Ibn Sina  
TANGER  
INP : 160000444

اقامة جوليانا

45 زنقة أبو العلاء المعري (أمام كوماناف) طنجة

الهاتف : 05 39 94 04 90 / 05 39 94 16 46

الفاكس : 05 39 94 50 19

البريد الإلكتروني : centre\_radiologie@menara.ma

www.cris.ma



BULLETIN DE CONSULTATION

N°: 0029684

N° d'ordre : .....

Date : 11/03/2024 Heure de consultation: / /

N° : .....

Médecin : .....

Nom et Prénom du malade : Boutahir Fatima

Diagnostic : (66 ans)

Adressé par : .....

Traitement : Faits sup :

Radio panoramique

Dent numérique

Dr. ELAMI MERROUNI M.  
CENTRE RADIOLOGIQUE  
HÔPITAL AL KORTOBI - TANGER  
Tél: 16 00 00 00

Dr. TAMDY KAHUTAR  
Médecin Spécialiste en  
Parodontologie  
Hôpital Al Kortobi - Tanger  
Tél: 16 00 00 00

Signé:



ROYAUME DU MAROC  
MINISTRE DE LA SANTÉ  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
HÔPITAL AL KORTOBI - TANGER

Rdv  
15-03-24

BULLETIN DE CONSULTATION

15-03-24  
à 10h30

Boite de consultation

(66 cm)

Tout sur

Reçu

DR ALAMI MEROUANI M  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
IBRAHIM TANGER

2 gms

HÔPITAL SANS TABAC



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



Quittance

0729105

Hôpital :

Reçu de M :

Al Kortobi

11/03/2024 09:47

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

N° d'admission : 5949/C/24

N° de facture : 5592/24

TOTAL :

La somme de :

##SOIXANTE DIRHAMS ##

