

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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'Honneur  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Couvert

## Déclaration de Maladie

M23- N° 0030654

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07734

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TABIT BENSLIMANE ABDELAZIZ

Date de naissance : 1957

Adresse : HAY ZIATEN AV KHALIFAH ANDITANGER

Tél. : 06 9753 0515

Total des frais engagés : 4478,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NABIL Saad  
Anesthésiste-Réanimateur

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Trouble de Conscience

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :



# 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
15/01/24	C		300 dh	<b>Dr. NABIL Saad</b> Anesthésiste Réanimateur

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>MISAM ASSISTANCE SARL</b> Rte de Rabat Lots. Karima 3 N°10 TANGER Tel : 0539 38 21 21	15/01/2024	<b>MISAM ASSISTANCE SARL</b> Rte de Rabat Lots. Karima 3 N°10 TANGER 0539 38 21 21

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Hopital Privé de Tanger</b> Quartier Mesnara, Av. My. Rachid TANGER 0539 31 98 98 - Fax : 0539 31 07 83 INPE : 010064871	15/01/24	10m Cere b	3000 dh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>Hopital Privé de Tanger</b> Quartier Mesnara, Av. My. Rachid TANGER 0539 31 98 98 - Fax : 0539 31 07 83 INPE : 010064871	15/01/24					478,25

# 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											
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G												
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

A 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 15-01-24

## RADIOGRAPHIE

Prescrite par le Dr. NABIL Saad

Nom du malade

Tabit Benslimane Abdelaziz

Renseignements cliniques sommaires

Trouble de Conscience

Examen demandé

IRM Cereb

Hôpital Privé de Tanger  
Service Radiologie  
Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid  
TANGER  
INPE : 011004871

Dr. NABIL Saad  
Anesthésiste-Réanimateur

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



# MISAM ASSISTANCE

Facture N°	:	0565/2024	Tanger le	16/01/2024
Destinataire	:	privé		
Votre référence	:	K93750		
Référence	:	P0040124	Client	: ABDELAZIZ TABIT
Véhicule	:		Matricule	:

DATE	DESIGNATION	TAUX	TVA	PRIX HT	TAXABLE
15/01/24	Transport de patient par Ambulance simple Rayon 50 km	14	49,12	350,88	400,00
TOTAL FACTURE EN DIRHAMS HT				350,88	
TOTAL TVA			49,12		
TOTAL FACTURE EN DIRHAMS TTC					400,00

La présente facture est arrêtée à la somme de : Quatre Cent DIRHAMS





HOPITAL PRIVE DE TANGER



010064871

TANGER Le : 15-01-2024

Facture N° 02656/24

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : HPT24A15222543 N° Identifiant : 013106/22  
Nom & Prénom M. TABIT BENSLIMANE  
: ABDELAZIZ  
C.I.N : K93750  
Adresse : HAY ZIATEN AV KHALIJ AFANDI TANGER

Organisme : Payant

ICE : Adresse :  
D. Période d'Hospitalisation  
Date Entrée : 15-01-2024  
Date Sortie : 15-01-2024

Médecin traitant : DR . NABIL SAAD

Acte : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		478,25			478,25
Sous total :						478,25
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Sous total :						300,00
RADIOLOGIE						
1	IRM CEREBRALE		3 000,00			3 000,00
Sous total :						3 000,00
PARTIE CLINIQUE :						3 778,25
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 3 778,25

TROIS MILLE SEPT CENT SOIXANTE-DIX-HUIT DIRHAMS VINGT-CINQ CENTIMES

signature de l'assuré

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

# HOPITAL PRIVE DE TANGER

Séjour : Du 15/01/2024 au 15/01/2024  
Patient : M. TABIT BENSLIMANE ABDELAZIZ  
N° Dossier : HPT24A15222543  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
APOTEL 100 MG / ML SO 1 BOITE DE 1 POCHE DE 100 ML	13,50 Dh	1	13,50 Dh
COMPRESSE STERILE 5X5 PACK 5 - CON	1,54 Dh	2	3,08 Dh
GADOVIST 1 MMOL / ML SO 1 FLACON DE 7,5 ML	392,00 Dh	1	392,00 Dh
GANT NITRIL JETABLE M - CON	0,78 Dh	6	4,68 Dh
INTRANULE BLEU - CONS	3,00 Dh	2	6,00 Dh
INTRANULE ROSE - CONS	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LUNETTES A OXYGENE ADULTE - CON	10,49 Dh	1	10,49 Dh
METHYLPREDNISOLONE MYLAN 120 MG PO 1 BOITE DE 20 FLACONS	26,25 Dh	1	26,25 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET - CONS	11,25 Dh	1	11,25 Dh
SERINGUE 10 CC - CONS	2,00 Dh	2	4,00 Dh
SERINGUE 20 CC - CONS	2,00 Dh	2	4,00 Dh
			478,25 Dh

Hôpital Privé de Tanger  
Sis à Quartier Mezzana Av. Mly. Rachid  
TANGER  
Tél : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83  
INPE : 01006487