

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 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



Déclaration de Maladie

M22- 0023638

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 07731 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom TABIE Ben SLIMANE ABDELAZIZ

Date de naissance 1957

Adresse 144 ZIATEN TANGER

Tél 06 97 53 05 15 Total des frais engagés : 4526,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 Praticien attestant le Paiement des Actes
03/11/23	CS		9	Dr. EL HFID MOHAMED Professeur Radiothérapie Oncologie Vacataire Centre International d'Oncologie Boulevard de Tanger INPE : 101111029

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
	03/07/23	Scanned	120,50 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

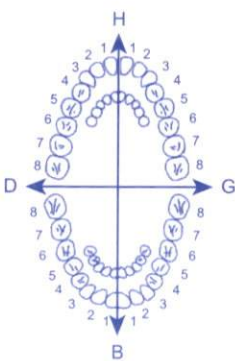
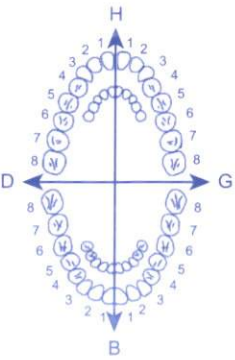
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(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



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Boughaz de Tanger
المركز الدولي لعلاج الأورام البوغاز لطنجة

Tanger, le 03.07.2023

TABIT Benslimane Abakelgiz

- Scanner Dosimétrique :
Encephale Stereo

Hopital Privé de Tanger
Service Radiologie
Tanger Mesnana Av. Moulay Rachid
TANGER
NPE : 010064871

Dr. EL HFID MOHAMED
Professeur
Radiothérapie-oncologie
Vacataire Centre International d'Oncologie
Boughaz de Tanger
INPE : 101111029



DATE:20 /06/2023

COMPTE RENDU DU SCANNER DOSIMETRIQUE

NOM DU PATIENT : TABIT BENSLIMANE ABDELAZIZ

En vue d'un traitement par radiothérapie externe au niveau
Du l'encéphale stereo .Le patient a bénéficié d'un scanner
dosimétrique de planification en mode spirale avec coupes
jointives de 2,5mm.

Les images ont été transférées à la console de dosimétrie en
vue du contourage.



**CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE BOUGHAZ DE
TANGER**

Séjour : Du 03/07/2023 au 03/07/2023
Patient : M. TABIT BENSLIMANE
ABDELAZIZ
N° Dossier : COT23G03101640
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
INTRANULE ROSE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
OMNIPAQUE 350MG/50ML	134,00 Dh	1	134,00 Dh
PROLONGATEUR PVC 2M*2.00MM CLAMP	7,50 Dh	1	7,50 Dh
SERINGUE 10 CC A VIS	4,00 Dh	1	4,00 Dh
SERINGUE INJECTEUR AUTOMATIQUE (RADIO)	378,00 Dh	1	378,00 Dh
			526,50 Dh

Centre International
d'Oncologie Boughaz de Tanger
Sis à Quartier Mesnana, Av. Mly. Rachid
TANGER
Tél : 05 39 31 98 31 - Fax : 05 39 31 02 07
INPE : 010064863

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE DE TANGER



010064863

TANGER Le : 03-07-2023

Facture N° 06244/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : COT23G03101640

N° Identifiant : 002855/22

Nom & Prénom : M. TABIT BENSLIMANE ABDELAZIZ

C.I.N : K93750

Adresse : HAY ZIATEN AV KHALIJ AFANDI 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 : 03-07-2023

Date Sortie : 03-07-2023

Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM

Acte :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		526,50			526,50
Sous total :						526,50
RADIOLOGIE						
1	SCANNER DOSIMETRIQUE		1 000,00			1 000,00
Sous total :						1 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
PARTIE CLINIQUE :						1 526,50
Arrêté la présente facture à la somme de :						0,00
TOTAL GENERAL						1 526,50

MILLE CINQ CENT VINGT-SIX DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES

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

signature de l'assuré

Centre International
d'Oncologie Boughaz de Tanger
Sis à Quartier Mesnana, Av. Mly. Rachid
TANGER
Tél : 05 39 31 98 31 - Fax : 05 39 31 02 07
INPE : 010064863