

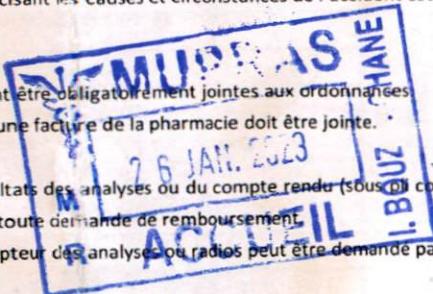
RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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

N° W21-648076

par
par

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2322			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Ahmed Aariz			
Date de naissance : 15.09.1932			
Adresse : Rue Sefrou n° A5 mechran Tanger			
Tél. : 05 39 93 07 19		Total des frais engagés : 868,80 Dhs	

Autorisation CNDR N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : DR. IBN YACOUB Yousra Rhumatologue INRE : 181203165 Hop. AL KORTORI - Tanger		
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : polyarthrite rhumatoïde			
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'exhaustivité 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) :

RELEVE 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
27/12/2022 051.47 CS			60 DH CME	INP : HABIB YOUSSEF IBN YACOUB RHM 1239165 Tanger INPB HABIB YOUSSEF IBN YACOUB Yousra Habib Youssef

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lamtafi	27-12-22	513.00
Pharmacie Lamtafi	5-1-23	145.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ABOURAZZAK FATHIMA Professeur de Rhumatologie Tanger - Lejla - Al Hoceima CP : 141146647	10/11/2013		1000 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
HOPITAL AL KORTOBI - TANGER

N° 0113154



BULLETIN DE CONSULTATION

N° d'ordre :

Date : 05/11/23

Heure de consultation: 11

N° :

Médecin :

Nom et Prénom du malade : AAFIT Ahmed

Diagnostic :

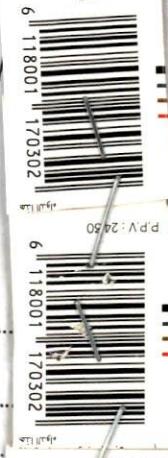
Adressé par : DR - Deltanah

Traitements :

Ex2h-30 Salu natal 8x8 200 mg

145.80 11/11/23 2M

Dr. IBN YACOUB YOUSSEF
Rhumatologue
INPE : 161239155
HOP. AL KORTOBI Tanger



Signé:



مستشفى بدون نجفین
HÔPITAL SANS TABAC

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
HOPITAL AL KORTOBI - TANGER

N° 0113058



BULLETIN DE CONSULTATION

N° d'ordre :

Date : 9/7/14

Heure de consultation: 11 mg

N° :

Médecin :

Nom et Prénom du malade : Aazreg Ahmed

Diagnostic :

Adressé par :

Traitements : 1 Rec. en att. RL megusse

230 Pd 12
276 mg

1/2 Kopel Sy.

3g malax. Doppioni w/

P- 2 ls mdr. Bms.

Neosicod. M. o 3m.

230 mg
230 mg

Hop. Al Kortobi
INPE 6729165
Bureau 109
Dr. BEN YOUSSEF
Lamtafi



ممنوع التدخين
HÔPITAL SANS TABAC

Pharmacie Lamtafi
6, Rue Abi Signé: Lamtafi
Tél.: 05 39 93 43 18 Tanger
INPE: 162039564

PHARMAS LOT :2772
UT.AV: 09-25
PPV :23DH00

PHARMAS LOT :1338
UT.AV :07-25
PPV :23DH00

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
HOPITAL AL KORTOBI - TANGER



N° 0111559

BULLETIN DE CONSULTATION

RL403

N° d'ordre :

Date : 01/01/23

Heure de consultation : 111

N° :

Médecin :

Nom et Prénom du malade : Aab'3 ALMOI

Diagnostic :

Adressé par : RPL en 8w. nesbées

Traitemennt : 0624056641

Echo : dg mawi

(Recherche
l'achète d
5 rats)



11/1/23
Payant
05/01/23
Service d'Accès à l'Administration
Hôpital Al Kortobi - Tanger

Signé:



مستشفي بدون تدخين

HÔPITAL SANS TABAC

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N° 582635

Hôpital :

Reçu de M : Al Kortobi

LE :

05/01/2023 09:33

N° d'admission : 111 E/23
N° de facture : 336/23

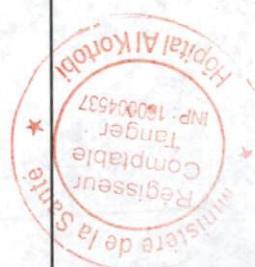
NATURE DE LA RECETTE	SOMME
-03 - EXAMEN ECHOGRAPHIQUE D'UN ORGANE SUPERFICIEL OU THORACIQUE	150.00 DH

TOTAL :

150.00 DH

La somme de :

##CENT CINQUANTE DIRHAMS ##



ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N° 582082

Hôpital : Al Kortobi

Reçu de M : AAZIZ AHMED

LE : 27 12/2022 13:27
N° d'admission : 28435/C/22
N° de facture : 41434

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE - CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	60,00 DH

60,00 DH

TOTAL :

La somme de : ##SOIXANTE DIRHAMS ##



SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU TANGER , AAZIZ AHMED
05/Jan/2023 12:16:2
P 100% MI 1.0
TIS 0.3

B Gen-M G 48 % CFM F 10.0 MHz G 35 %

P 37 mm XVM C3/1 PRF 730 Hz FP 2

PRC 9/1/1 PRS 0 PRC M/1 PRS 3

Musc-eque
SL2325 Genou



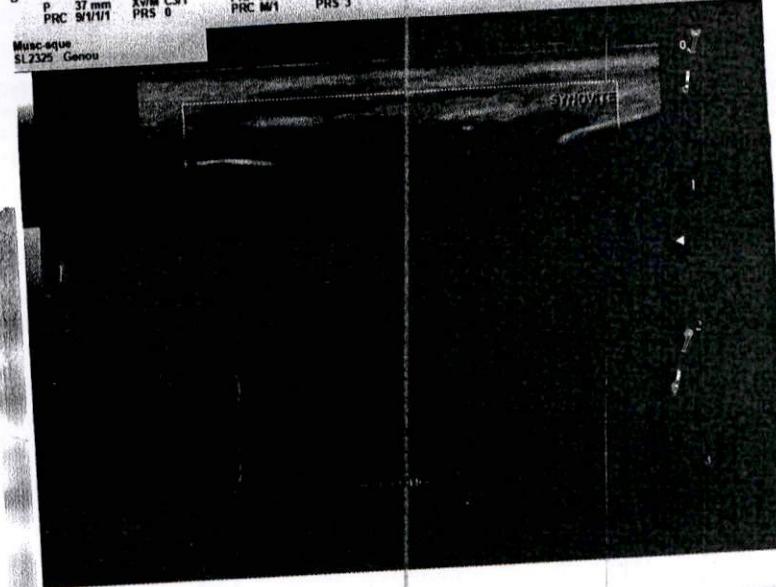
SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU TANGER , AAZIZ AHMED
05/Jan/2023 12:18:1
P 100% MI 1.0
TIS 0.3

B Gen-M G 48 % CFM F 10.0 MHz G 35 %

P 37 mm XVM C3/1 PRF 730 Hz FP 2

PRC 9/1/1 PRS 0 PRC M/1 PRS 3

Musc-eque
SL2325 Genou





RVICE DE
UMATO OCIE

Echographie des mains et poignets

212

Prénom : AHMED Date : 03/01/23
Indication :

Indication :

—10vites ;

amen : Etude des carpes en longitudinal en face dorsale, étude des MCP et IPP en longitudinal en palmaire, étude des MTP en longitudinal en face dorsale.

		Droit		Gauche	
		Mode B (*)	Doppler (**)	Mode B	Doppler
		0-3	0-3	0-3	0-3
Carpes		3	2	2	0
MCP	MCP1	0	0	0	0
	MCP2	0	0	0	0
	MCP3	0	0	0	0
	MCP4	0	0	0	0
	MCP5	0	0	0	0
IPP	IPP1	0	0	0	0
	IPP2	0	0	0	0
	IPP3	0	0	0	0
	IPP4	0	0	0	0
	IPP5	0	?	0	0

synovite en mode B : grade 0 ou normal : articulation normale (pas d'épaississement synovial, pas d'arthrite) ; grade 1 ou minime : synovite minime (hypertrophie synoviale minime avec ou sans érosion) ; grade 2 ou modéré : synovite modérée (hypertrophie synoviale modérée avec ou sans érosion) ; grade 3 ou sévère (hypertrophie synoviale sévère avec ou sans érosion importante).

/novite en mode Doppler puissance : grade 0 : aucun signal Doppler dans la synoviale ; grade 1 : ou 2 spots conflents ou 1 spots confluents et 2 simples spots ; grade 2 : signaux de vaisseaux s au moins de 50% de la synoviale ; grade 3 : signaux de vaisseaux dans plus de 50% de l'aire

2- Ténosynovites :

	Droit		Gauche	
	Mode B	Doppler	Mode B	Doppler
Extenseurs	+ Hypodensité	++	-	-
EUC	-	-	-	-
Fléchisseurs	-	-	-	-

3- Erosions:

			Droit	Gauche
MAINS	MCP2	Dorsal		
		Latéral		
		Palmaire		
	MCP3	Dorsal		
		Palmaire		
	MCP5	Dorsal		
		Latéral		
		Palmaire		

EVA Activité inflammatoire échographique :

0 _____ 100

CONCLUSION :

- INCLUSION :**

 - Synovite radio-capitelle bilatérale active à droite.
 - Ténosynovite des tendons radians et célicope extensiles, active au Doppler.

Echographiste :