

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

M22- 0023634

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: **07731**

Société: **R.A.M**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre:

Nom & Prénom: **TABIE Ben SEMANE ABDELAZIZ**

Date de naissance: **1957**

Adresse: **HAY ZITEN - TANGER**

Tél: **0697530515**

Total des frais engagés: **4062,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation: **23 / 06 / 2023**

Nom et prénom du malade: **TABIE BEN SEMANE Abdelaziz** Age: **1957**

Lien de parenté:

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie: **metastase cérébrale**

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):

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 Règlement des Actes
23/06/2023			X 300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENNANI Dr. BENNANI ICE: 00051027800000 Tél: 0558003000 INPE: 162102370	23/06/2023	99,00
	4/07/2023	663,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hopital Privé de Tanger Service Radiologie Quartier Mouana, Moulay Rachid TANGER INPE: 010064871	23/06/23	7180	3000,00 PH

AUXILIAIRES MEDICAUX

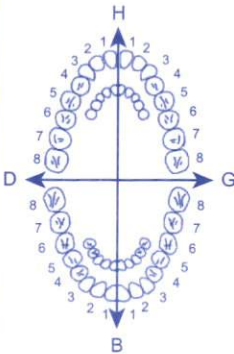
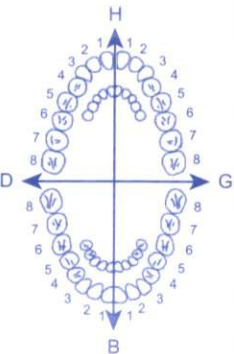
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
																	
			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



AKDITAL

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

Tanger, le.....

23/6/2023

Abdelaziz Tabit Benslimane

Hôpital Privé de Tanger

Service Radiologie

Quartier Mesnana - Av. Moulay Rachid

TANGER

Tél : 101099730

- IRM Cérébrale.

- patiente 66 ans, Carcinome
peu différencié pulmonaire
présente des troubles
d'équilibre.

Dr. ABARROU Na.

Médecin Spécialiste

Oncologie Médicale

Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid - TANGER

Tél. : 05 39 31 98 31 - Fax : 05 39 31 02 07

E-mail : direction@tanger-oncologie.ma

Site web : www.tanger-oncologie.ma

INPE : 101099730



AKDITAL

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

Tanger, le

23/6/2023

Benstimane Tabit Abdelaziz

99,00

gedes 20mg

SV

pharmacie BENNANI
Tariq Achakmelia
TAN 0036
TAN 0036
Dr. BENNANI
ICE: 0005366366218
Tel / 00

64/5

Dr. ABARROU Najib
Medecin Spécialiste
Oncologie Médicale
Centre International d'Oncologie Boughaz de Tanger
INPE : 101099737

Dr. ABARROU Najib
Medecin Spécialiste
Oncologie Médicale

Centre International d'Oncologie Boughaz de Tanger
INPE : 101099737

Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid - TANGER

Tél. : 05 39 31 98 31 - Fax : 05 39 31 02 07

E-mail : direction@tanger-oncologie.ma

Site web : www.tanger-oncologie.ma

Clinique ASSALAM

TANGER

Médico-Chirurgicale



مصلحة السلام

طبعة

للطب والجراحة

médecin prescripteur

Docteur TAKAL Abdelmalek
Chirurgie Générale
Clinique ASSALAM - Tanger
Tél: 0539 32 25 58 - Gsm: 0661 96 78 01

Tanger, le

23.6.23

Nom du patient :

Tabit Bensciwane

0732

~~Total 2219,00~~

Pharmacie BENNANI
Tarik Achakar
Dr. BENNANI Kamelia
ICE: 000311027000036
Tél / 0539 93 92 18

Pharmacie BENNANI
Tarik Achakar
Dr. BENNANI Kamelia
ICE: 000311027000036
Tél / 0539 93 92 18

Livra 18e le 24/06/23

Leptal 300

Livra le 24/06/23
reste 4/07/23
300

Docteur TAKAL Abdelmalek
Chirurgie Générale
Clinique ASSALAM - Tanger
Tél: 0539 32 25 58 - Gsm: 0661 96 78 01

Pharmacie BENNANI
Tarik Achakar
Dr. BENNANI Kamelia
ICE: 000311027000036
Tél / 0539 93 92 18

Pharmacie BENNANI
Tarik Achakar
Dr. BENNANI Kamelia
ICE: 000511027000036
Tél / 0539 93 92 18

Page Le 4/07/2023

Facture N° 91

M. _____

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	Odes 20/28	99,00	
03	Trileptal 3p	221,00	
		762,00	

pharmacie BENNANI
Tarik Achakar
Dr. BENNANI Kamelia
ICE: 000511027000036
Tél / 0539 93 92 18

118001 030354
TRILEPTAL® 300 mg
Comprimé pelliculé
PPV : 221.00 DH

LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 99.000 DH

118001 030354
TRILEPTAL® 300 mg
Comprimé pelliculé
PPV : 221.00 DH

6 118001 030354
TRILEPTAL® 300 mg
Comprimé pelliculé
PPV : 221.00 DH

Tanger, le 23/06/2023 طنجة، في

NOTE D'HONORAIRES

Clinique Assalam Tanger
10, Av. Abderrahmane El Youssfi
Tél.: 0539 32 25 58 - Fax: 0539 32 25 75
TANGER

Madame, Monsieur :

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraires

Pour : JABIT BEN SRHANE ABDELAZIZ

Consultation

//

S'élevant à la somme de : 4 300,00⁴

Dois au docteur

Dr :

Signature + Cachet

Clinique Assalam Tanger
10, Av. Abderrahmane El Youssfi
Tél.: 0539 32 25 58 - Fax: 0539 32 25 75
TANGER

HOPITAL PRIVE DE TANGER



010064871

TANGER Le : 23-06-2023

Facture N° 18287/23

A. Identification
N° Dossier : HPT23F23135618
Nom & Prénom M. TABIT BENSLIMANE
: **ABDELAZIZ**
C.I.N : K93750
Adresse : HAY ZIATEN AV KHALIJ AFANDI TANGER

N° Identifiant : 002855/22

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 23-06-2023
Date Sortie : 23-06-2023

Médecin traitant : DR . ABARROU NAJIB

Acte :

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

TROIS MILLE DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Hopital Privé de Tanger
Service Radiologie
Quartier Mesnana, Av. Moulay Rachid
TANGER
INPE : 010064871