

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.



Déclaration de Maladie

M23-0015408

Courrier

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7731 Société : R.A.M. ND
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Slimani Abdelaziz 172760
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Abdelaziz 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-015408

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-728391

Coassin

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 07731 Société : RAM

Matricule : 07731

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TABIE BEN SLIMANE ABDELAZIZ

Date de naissance : 1957

Adresse : HAY ZIATEN TANGER

Tél. 0697530515 Total des frais engagés : 2982 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

Age : 66

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-728391

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 07731

Nom de l'adhérent(e) : 2982

Total des frais engagés : 2982

Date de dépôt : / /

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Labo. Radiologie Médicale</p> <p>Pharmacie EL FOYNY</p> <p>DR. Raymond Abouel</p> <p>5 Rue Ben Abdelou...</p> <p>tel.: 0539 930 021 - Fax: 0539 930 022</p>	15/07/23	2870	382,000 K
	16/07/23	10960	2000 K

[illegible]

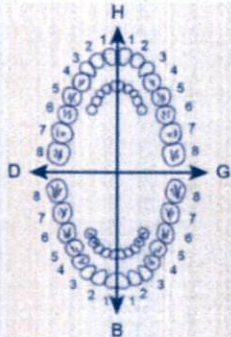
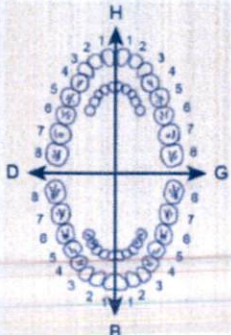
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="margin: 0 auto; width: 80%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> B </div> </div>			Coefficient des Travaux
	(Création, remonte, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

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

Tanger, le

14/7/2023

Abdelaziz Tabit Benslimane

- NFS

- Bilan hépatique

NFS - urée, créat
T.P

- sérologie hépatite virale
B etc.

Laboratoire Medical IBERIA
Dr. Nouredine EL FOUNINI
Pharmacien Biologiste
Tél.: 05 39 93 70 21 - Fax: 05 39 93 68 38
GSM: 06 68 35 32 57

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place IBERIA Tanger
Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Tanger le 15 juillet 2023

Mr TABIT-BENSLIMANE ABDELAZIZ

FACTURE N°	64942
------------	-------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	
Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Bilirubines Totale, libre et conjuguée -----	B	70	
Gamma -G.T. -----	B	50	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	
Phosphatases alcalines -----	B	50	
Antigène HBS (access) -----	B	120	
Ac Anti HCV (IgG) (access) -----	B	300	Total : B 870

Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	

TOTAL DOSSIER	982,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Quatre vingt Deux Dirhams

INPE
163060607

M.F.

L.F.: 24302030
I.C.F.: 000731277000065

Laboratoire Medical IBERIA
Dr. Nouredine EL FOUNINI
Pharmacien Biologiste
Tél.: 05 39 93 70 21 - Fax: 05 39 93 68 30
GSM: 06 68 15 32 57



فحص بالأشعة الشمال
RADIOLOGIE DU NORD
ХАЉ 00Н0000 0Н000Н

RESONANCE MAGNETIQUE 1.5 TESLA (IRM) - SCANNER MULTIBARETTE 3D - RADIOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE
IMAGERIE DE LA FEMME - PANORAMIQUE DENTAIRE - DENTASCANNER - CONE BEAM 3D - OSTEODENTISTOMETRIE CORPS ENTIER - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Nom du patient(e): ABDELAZIZ TABIT-BENSLIMANE
Médecin traitant: AKDITAL

Tanger, le: 17/07/2023

SCANNER ABDOMINO-PELVIEN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : carcinome pulmonaire. Bilan d'extension.

TECHNIQUE : acquisition hélicoïdale sur la cavité abdomino-pelvienne après injection de produit de contraste iodé en temps portal. Reconstructions multiplanaires.

DESCRIPTION - OBSERVATIONS :

- Foie de taille normale avec des contours lisses et réguliers. Hypodensités hépatiques compatibles avec des kystes. Exemples : segment II de 20 mm, segment IV de 11 mm. Perméabilité de la veine porte et des veines sus-hépatiques.
- Vésicule biliaire de petite taille, à paroi fine. Pas de dilatation des voies biliaires intra- et extra-hépatiques.
- Rehaussement homogène de la glande pancréatique, soit pas de lésion tumorale. Canal de Wirsung non dilaté.
- Rate homogène, à bords réguliers, sans splénomégalie.
- Empatement des surrénales à prédominance gauche, stable par rapport au scanner antérieur du 21/06/2023.
- Reins de topographie normale, avec bords réguliers. Pas de calcul rénal. Pas de dilatation des cavités pyélocalicielles ni des uretères. Pas d'infiltration de la graisse péri-rénale.
- Vessie en réplétion modérée, sans particularité.
- Pas de distension des anses digestives.
- Pas d'infiltration de la graisse péritonéale. Pas d'ascite.
- Pas d'adénopathie coelio-mésentérique, lombo-aortique ou iliaque décelée.
- Pas de lésion ostéolytique ou ostéocondensante suspecte.

CONCLUSION :

Pas d'anomalie suspecte décelée.

Nous vous remercions de nous avoir confié votre patient(e).
Confraternellement.

Dr Bouziane Asmae - Dr Bensouda Ahmed

RADIOLOGIE DU NORD
Dr. Bensouda Ahmed
5 rue Ben Attia (Bd. Rue de la Liberté)
Tél: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 52



فحص بالأشعة الشمال
RADIOLOGIE DU NORD
ХАЉ ОоНоећо оНоећоН

RESONANCE MAGNETIQUE 1.5 TESLA (IRM) - SCANNER MULTIBARETTE 3D - RADIOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE
IMAGERIE DE LA FEMME - PANORAMIQUE DENTAIRE - DENTASCANNER - CONE BEAM 3D - OSTEOIDENTISTOMETRIE CORPS ENTIER - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

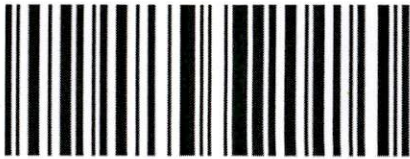
Taxe Prof : 50102547

ICE : 002700772000070

I.F : 48561538

INPE :

CNSS : 1116954



161207972

R.I.B : 007 640 0008552000301026 19

Date : 17/07/2023

Patient(e) : ABDELAZIZ TABIT-BENSLIMANE

Facture	10101
---------	-------

Nature de l'examen	Prix (DHS)
Scanner abdomino-pelvien	2000
Total à payer	2000

Règlement : espèce

RADIOLOGIE DU NORD
Dr. Bensouda Ahmed
5 Rue Ben Attia (bd. Rue de Fès) - Tanger
TEL: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 52



05 39 37 47 56



06 43 77 89 52



radiologiedunord@gmail.com

5 rue Ben Attia (Boulevard de Fès) Tanger 5 زنقة ابن عطية (شارع فاس) طنجة