

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 Alial 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

153899

Déclaration de Maladie

M22- 0007017

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7712 Société : MUPRAS / RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOUISSA Amina

Date de naissance : 01/03/1961

Adresse : 7 Rue ISHAK IBN HANINE Plaza

Tél. : Total des frais engagés : 367,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/03/2023

Nom et prénom du malade : ABOUISSA Amina Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALC

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'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 : Plaza Le : 15/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : ABOUISSA Amina

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature du Médecin et Signature du Médecin et le Patient des Actes
15.03.23 CS			250	DR. KARIM LAHIBA ENCOLAGE RADIONTHERAPEUTE Centre d'Onco-Cardiologie de Castelnau Rue des Alouettes - Castelnau 31170 Toulouse

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Cygnes Mme. LAHRICH S. MIA 258, 26e Avenue Ouest T0B 2G5 17 - Establi.ca 15 22 98 55 17	15/03/23	117.82

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

A blue rectangular stamp with a faint background watermark of a person's face. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink that reads "Dr. KADER LAHIBAÏ" followed by "ENCOLASSEUR MEDICOTHERAPEUTE (2)" and "THERAPEUTIQUE ET CHIRURGIQUE DE CASABLANCA". Below this, it says "CLINIQUE DES ANESTHÉSIES - GASTRECTOMIE".

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows the human mandible (lower jawbone) in an occlusal view. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. Numbered teeth include 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the upper arch and 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the lower arch. Directional labels are present: 'H' at the top center, 'D' on the left side, 'B' at the bottom center, and arrows pointing upwards from the bottom and downwards from the top.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVID

VIGA ET SACHET DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Kamal LAHBABI

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Ancien praticien de l'Institut Bergoné-Bordeaux

Casablanca, le.....

15/03/2023

Mme ABOUAISSA AMINA

87,30

1/ DERMOFIX CREME



Dermofix® crème
Sertaconazole
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259

87,30

30,80 application 2 fois par jour pendant 21 jours

2/ IMODIUM 2 MG 20 GES



1cp apres chaque diarrhee; maximum 6/j si diarrhee

99



Pharmacie des Cygnes
Mme. LAHRICHI SAMIA
258, Route de l'Oasis
Tél. 05 22 98 55 17 - Casablanca

Dr. Kamal LAHBABI

ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ②

Centre International d'Oncologie de Casablanca

4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca

Tél. 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma