

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0038123

155972

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7743

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : CHRAIBI SAAD

Date de naissance : 22/7/49

Adresse : Désistente OCEAN PARIS - 1er ét. APP 53

DAR BOURZATA

Tél. : 0661 10 24 84

Total des frais engagés : 505,00 Dhs

CLINIQUE BEN ABDO  
ONCOLOGIE  
EDUCATION  
Tél : +212 51 77 22 22 22  
L.D : +212 (5) 37 66 41 66  
Fax : +212 51 77 22 22 29

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/3/23

Nom et prénom du malade : CHRAIBI SAAD

Age : 73

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : T.A. PROSTATE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : ECOLE 2023

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 : CASABLANCA

Le : 26/3/23

Signature de l'adhérent(e) : CHRAIBI SAAD



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
02.03.23	CD	300 D 14	300 D 14	Dattina DMD HARIT NAJWA CLINIQUE D'ONCOLOGIE 22, Avenue Ahmed Boulaffia Souissi - Rabat L.D : +212(5) 37 66 41 66 Tel : +212(5) 27 57 09 79

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	OCEAN PALM Date	Montant de la Facture
HARIT NAJWA Docteur en Pharmacie Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1 19 Route D'izemmour - Dar Bouazzza +212 5 20 62 31 63 - INPE: 0921036123	02.03	205,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr fatma BEN ABID

oncologue

Diplômée de l'Université de Paris  
EX Médecin à René Huquenin

## diagnostic et traitement des cancers soins de l'ophtalmie oncologique

210617153450HA

الكتابة المعاصرة

## الدستوره في صيغه بن جبيه

## خريجة كلية الطب بباريس

## خريجة كلية الطب بباريس

طبعة سابقة لمستشفى رئيسي هو جينين

## تشخيص وعلاج الأورام

الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

02 mars 2023

Mr. CHRAIBI Saad

GESTINE 1cp X2 /j x 05j

## VOGALENE 1CAS x 04/ j

109,00

96,00

## JUVATONUS I AMP/J

## PRAZOL 20 1 GEL/J

## PRAZOL 20 1 GEL/J

CURTEC

## **1 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du traitement**

COTIPRED

## **3 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du traitement**

## **SYSMETIX 1 GEL/J**

📞 +212 (6) 69 00 00 48  
📞 +212 (5) 37 67 17 17 L.G  
📞 +212 (5) 37 66 41 66 L.D  
📠 +212 (5) 37 67 29 29  
📠 fbenabid@co16.com