

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356	Société : A57836
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : TAOLI ZER MOHAMED	
Date de naissance : 27-02-1942	
Adresse : TAMADIS ANFA 1 Darbouage Villa 138	
Tél. : 0651928149 Total des frais engagés : 1383,1 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr SAMIA Oncologue Radiothérapeute Cabinet d'Onco Av Ibn Sina, Centre Ibn Battouta, N°11 - El Jadida Tél : 05 23 37 26 57 - 06 21 49 75 52
---------------------	---

Date de consultation : **11/04/2023**

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Neoplasme**

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 : **Casablanca** Le : **11/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 11/04/2023	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 250	Cachet et signature du Médecin attestant le Péclement des Actes <i>Dr. Fouad Filali Aoual</i> Chirurgien Radiologue Cabinet d'Onco- Oncologue Radiologue Av Ibn Badis Centre Ibn Badis, Imm PAP Tél: 05 23 37 26 57 - 06 21 49 75 52
-------------------------------	-------------------	-----------------------	--	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>Dr. Fouad Filali Aoual</i> Tél: 08 08 506 951 IMPF: 092103340 Ocean Bay, Dar Bouazza	Date 11.04.23	Montant de la Facture 11.33.110
--	------------------	------------------------------------

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue <i>Dr. Fouad Filali Aoual</i> Tél: 08 08 506 951 IMPF: 092103340 Ocean Bay, Dar Bouazza	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO.HEMAATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLIGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Mr. TAABOURZI Mohamed

11/04/2023

$$22 \cdot 80 \times 3 = 681,60$$

- CORTANCYL 5MG CP

$$123 \cdot 6 \times 6 = 1 cf/1g$$

- Inearium 10 mg

- 1 cf/1g

$$107 \cdot 4 \times 3 = 323,10$$

- Calcivit q

1133,10

3 Mois

Dr SAMI ALI Hamza
Oncologue Radiothérapeute
Cabinet d'Oncologie
Av.Ibn Badis Centre Ibn Badis, Km 14 Apt 11
N°11 - El Jadida
Tél : 05 23 37 26 57 - 06 21 49 75 52



SYNTHEMEDIC22 rue zoubir bnoi al aquam roches
noires casablanca**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boite 14

641/15DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC22 rue zoubir bnoi al aquam roches
noires casablanca**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boite 14

641/15DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue zoubir bnoi al aquam roches
noires casablanca**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boite 14

641/15DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue zoubir bnoi al aquam roches
noires casablanca**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boite 14

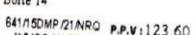
641/15DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue zoubir bnoi al aquam roches
noires casablanca**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boite 14

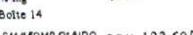
641/15DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue zoubir bnoi al aquam roches
noires casablanca**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boite 14

641/15DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH



6 118001 020607

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70