

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-007089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : RAN Dentaite
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHIRAZI SAAD
 Date de naissance : 22/7/1949
 Adresse : Residence OCEAN PALM Imm 8 APPT 3
 DNR BOUZZA EL SAHANE
 Tél. : 0661 10 24 84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

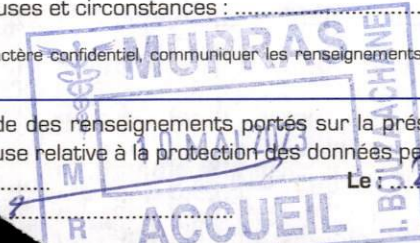
Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/1/17
 Nom et prénom du malade : CHIRAZI SAAD Age : 73
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 7. Prostate
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 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 connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le 26 / 3 / 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. Fatma BEN ABID
 CLINIQUE D'ONCOLOGIE
 22, Avenue Mohammed VI
 Tél : +212 51 71 31 31
 L.D. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023



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 Paiement des Actes
16/03/2025		300		Dr. Fatma BEN ABID CLINIQUE D'ONCOLOGIE 22, Avenue Ahmed Belarbi, Soudat - Rabat Tél: +212(5) 37 66 41 66 - Fax: +212(5) 37 67 29 28

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OCEAN PALM HARIT NAJWA Docteur en Pharmacie Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1 Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza Tél: +212 5 20 62 31 63 - INPE: 09210361	16/03/2025	145,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

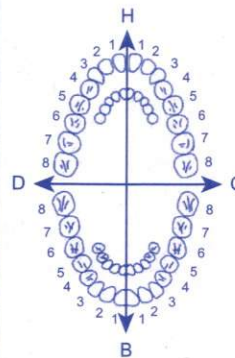
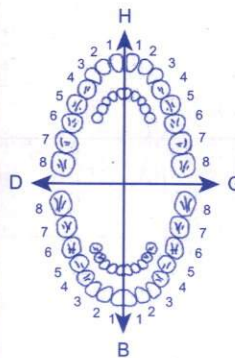
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D			B																									
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
				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

oncoLogue

diagnostic et traitement des cancers
soins de support en oncogénatologie

اختصاصية في علاج الأورام

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة سابقة بمستشفى رينيه هوجينين

تشخيص وعلاج الأورام
الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 novembre

210617153450HA

16 mars 2023

Mr. CHRAIBI Saad

DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j

VOGALENE 1CAS x 04/ j

JUVATONUS 1 AMP /J

PRAZOL 20 1 GEL/J

CURTEC

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

GOTIPRED






3 CPLE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du traitement

SYSMETIX 1 GEL /J

Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafout Souissi - Rabat
L.D : +212(5) 37 66 41 66
Tel : +212(5) 37 67 17 17 - Fax : +212(5) 37 67 29 29

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

 +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@c016.com

clinique d'oncologie 16 novembre

22 Avenue Ahmed BaLafrej - rabat
cClinique@co16.ma