

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.

Matricule : 7743 Société : *R&D Retraite*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *CHIBANI SAAD*

Date de naissance : 22/7/1949

Adresse : *Résidence OCEAN PARK 6^e étage B APP 3*

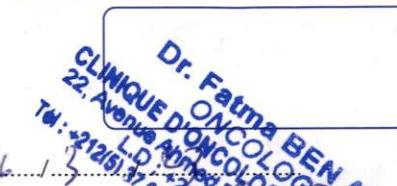
DAR BOUARRA - CASABLANCA

Tél. : 0661 12 24 84 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/1/15

Nom et prénom du malade : CHIBANI SAAD Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Prostate*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

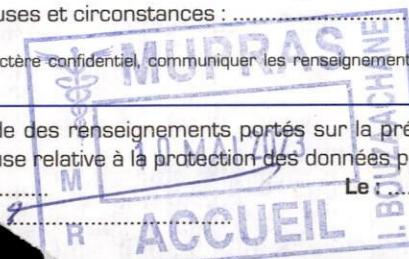
Pathologie :

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 lu et compris la clause relative à la protection des données personnelles.

F. : *SAAD CHIBANI* Le : 16/1/2015



RELEVE 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
16/03/2023		3000	DR. Fatma BEN ABID 22, Avenue Ahmed Ben Bella - BLD 222(5) 37-6617 Tunisie	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE OCEAN PALM HARIT NAJWA Docteur en Pharmacie t Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG. n°1 Route D'zemmour - Dar Bouazza 21 63 - INPE: 092103612</p>	16/10/2023	145.20

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	

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. The upper teeth are labeled with numbers 1 through 8 and letters A through F. The lower teeth are labeled with numbers 1 through 8 and letters A through F. A horizontal double-headed arrow labeled 'D' spans the width of the arch. At the top center, there is a label 'H'. At the bottom center, there is a label 'B'. At the right end of the arch, there is a label 'C'.

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 Huguenin

diagnostic et traitement des cancers
soins de suivi en oncogériatrie

210617153450HA

الدكتورة فاطمة بن عبد

اختصاصية في علاج الأورام

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة سابقة بمستشفى رينيه هو giovin

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

تشخيص وعلاج الأورام
الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

16 mars 2023

Mr. CHRAIBI Saad

22169 0425
LOT PER
Prix 109.00

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

COTIPRED

5 CLE LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille
du traitement

SYSMETIX 1 GEL /J

109,00

45,20

T: 145,30

Dr. Mounir BACHOUR
CLINIQUE D'ONCOLOGIE
22, Avenue Ahmed Ba Lafréj - Souissi - Rabat
Tél: +212(5) 37 67 17 L.D
L.D : +212(5) 37 67 17
INPE : +212(5) 37 67 17 17
Tél : +212(5) 37 67 17 17 - FAX : +212(5) 37 67 29 29

Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Ba Lafréj - Souissi - Rabat
L.D : +212(5) 37 66 41 66
L.D : +212(5) 37 67 17 17 - FAX : +212(5) 37 67 29 29

- +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.ma

Clinique d'oncologie 16 novembre

22 Avenue Ahmed Ba Lafréj - Rabat

clinique@co16.ma

