

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.



Déclaration de Maladie

M23-014499

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	7741	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Petraitó
Nom & Prénom :		CHIRAT BI SAMIA	
Date de naissance :		22/01/1949	
Adresse :		Désidie ocean Plaza Dm 8 Appt 3	
Tél. :		0661 102484	Total des frais engagés : 2436,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22/6/23	Age :	73
Nom et prénom du malade :	Chraibi Fouad		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Enostose Osteo		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 20/6/23

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
22/06/2013	S		300,20	DR BEN ASID DENTISTE DENTOLOGUE 16 NOVEMBRE +212(5) 77664160 ANNEXE BAGNOUERIE SOUDI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OCEAN PALM HARIT NAJLA Docteur en Pharmacie AG n°1 Palm GH3 Imm 14 MAG BOUZZA ESD 32 Zemmour - Bar Bouza 22613 INPE 092103613	22/6/13	136,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

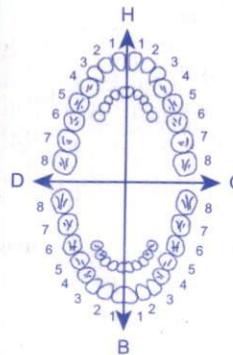
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	H, I, F, G, B			MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

D^r FAÏMA BEN ABID

oncoLoque

Diplômée de L'université de Paris
EX Médecin à René Huguenin



210617153450HA

الدكتورة فاطمة بن عبيد

اختصاصية في علاج الأورام

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة سابقة بمستشفى رينيه هوجينين

diagnostic et traitement des cancers

soins de support en oncologie

تشخيص وعلاج الأورام

الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

22 juin 2023

Mr. CHRAIBI Saad

PPV : 96DH00
PER : 06/25
LOT : M218-4

96,00

PPV : 40DH00
PER : 03/26
LOT : M764

40,00

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

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

SYSMETIX 1 GEL /J

136,00



PHARMACIE OCEAN PALM
HARIT NAJWA

Docteur en Pharmacie

Lot Ocean Palm GH3 lmm 14 MAG n°1
Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza
Tél: +212 520 62 31 63 - INPE: 09210361

Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Ba LaFrej - Souissi - Rabat
Tel: +212 522 22 17 17 / +212 522 22 17 17
L.D. : 220152221717

- ⌚ +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

clInique d'oncoLogie 16 novembre

⌚ 22 Avenue Ahmed BaLaFrej - rabat
⌚ clinique@co16.ma