

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

M22- 0021592

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7712 Société : MUPRAS / RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ABOUAISSA AMINA
 Date de naissance : 04/03/1961
 Adresse : 7, Rue ISHAK IBN HANINE APPT. 5
 ITANIF Casa
 Tél. : Total des frais engagés : 466,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr: Kamal LAHRAB
 ONCOLOGUE - RADIOLOGUE
 Centre International d'OncoLogie de Casablanca
 4, Route de l'Oasis - Rue des Aiglettes - Casablanca
 Tél : 05 22 77 11 11 - Fax : 05 22 77 05 14
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/08/23
 Nom et prénom du malade : ABOUAISSA AMINA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Carcinome N mammaire
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : Casa Le : 11/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) : ABOUAISSA

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Anglé 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
11/08/23	S		21094	Centre International d'OncoLogie de Casablanca ONCOLOGUE - RADIOTHÉRAPEUTE Centre International d'OncoLogie de Casablanca Route de l'Oasis Rive des Alouettes - Casablanca Tél : 05 22 77 24 31 - Fax : 05 22 43 85 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.08.2023	97.00
	11/08/2023	113.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

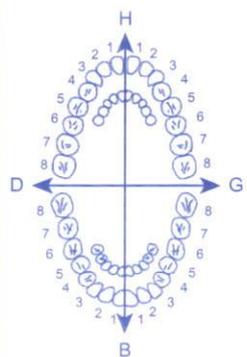
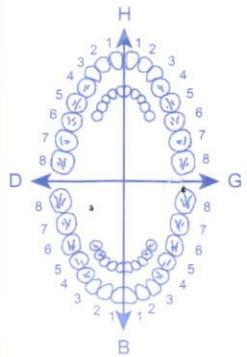
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																		
				Coefficient 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Kamal LAHBABI
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien praticien de l'institut Bergonisé-Bordeaux

Casablanca, le.....

11/08/2023

Mme ABOUAISSA AMINA

22.00 x 2

22,00

1/ CEDOL



25.00 x 3

2cp x 3/ jour soit 2cp toutes les 8 heures

25,00 x 3

2/ TRAMAL 50



11.08.23

5002430

1 gelule trois fois par jour pour 1 mois

3/ OEDES 20MG BOITE DE 56

1 cp matin

PHARMACIE COULIBALY
Mme ABOUAISSA AMINA
Casablanca

T = 97,00

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHÉRAPEUTE 2
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
INPE : 0911845164

PHARMACIE ZYMA
27, Rue Ahmed KADMI
Cité Plateau Lycée Al Wa
Tél : 022.99.43.95 - C

Cédor
20 Comprimés

6 18000 180913

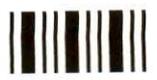


22,00

→ x 3 Ged

x 6 ←
Ged

PPV: 25DH00
PER: 09/27
LOT: L3347



AMYS BICHAMPA
SINGAPORE