

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **545**

Société : **83562**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MASROUR Abderrazak**

Date de naissance : **28/01/1955**

Adresse : **32, Bth Kennedy Casa**

Tél. : **0661290969**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE RADIOTHERAPEUTE ②
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Abolettes - Casablanca
Tél: 05 22 77 81 81 - Fax: 05 22 99 65 74

Date de consultation : **16/07/2021**

Nom et prénom du malade : **Meknès Meknès** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Néoplasie Mésentérique**

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 : **Casa**

Le : **19/07/2021**

Signature de l'adhérent(e) :




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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LAHJAIMA Nadia ZEYNAH du Pharm. Responsable 15.05.2021 LAHJAIMA</i>	19-07-21	297,20
	31/08/2021	180,00

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 canalaire, ainsi que le bilan

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr Kamal LAHBABI

Oncologue-Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Ancien praticien de l'institut Bergonié-Bordeaux

Casablanca, le :

09/08/2021

Mme MEKOUAR SOUAD

(45,00 X 4)

ZOVIRAX CREME DERMIQUE

1 application par jour

76

180,000
PHARMACIE LAHJAJA
Nadia ZENIAMA
Avenue du Platé, Résidence Taghazout
Casablanca. Tel.: 05 22 20 28 67

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ①
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis, Résidence des Géants 10
Tel: 05 22 77 81 81 - Fax: 05 22 99 65 71

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
ID : 645369
6 118001 141548

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
ID : 645369
6 118001 141548

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
ID : 645369
6 118001 141548

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
ID : 630188
6 118001 141548

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca

Tél. : 0522 77 81 81

Fax : 0522 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

ah AKDITAL
Acteur de Santé