

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.



Declaration de Maladie

N° W21-636760

ND: 102436.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7743	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : CHIRABI SAAD			
Date de naissance : 22/12/1949			
Adresse : Résidence OCEAN PARK Imm. 8 ASP 53 DAR BOUARZA - CASABLANCA			
Tél. : 0551 10 24 84	Total des frais engagés : 264295		

Cadre réservé au Médecin	Dr Fatima BEN ABID ONCOLOGUE CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat Tél : +212(5) 37 67 17 17 - Fax : +212(5) 37 67 29 29
Date de consultation :	chirabi Saad
Nom et prénom du malade :	Age: 72
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Adénocarcinome de prostate
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : CASABLANCA Le : 31/12/12

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-636760
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
300 + 92,95 + 2250	
Matricole : 7743	
Nom de l'adhérent(e) : CHIRABI SAAD	
Total des frais engagés : 2642,95	

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
31.10.11 Balafra CG			300,00	INP : Dr. Fatma BEN ABID ONCOLOGUE CLINIQUE D'OFFICIEL 2 Avenue Ahmed Balafraj Souidé LD : +212(5) 37 66 41 66 +37 67 17 17 - Fax : +212(5) 37 67 29 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE OCEAN PALM HARIJ NAJWA <small>Docteur Pharmacie</small> n Palm GH3 MM 14 MG N°1 Dazehmouir - Daraa 25 20 62 31 63 Aquazza 31/01/2022	31/01/2022	92,9-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
JE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE venue Ahmed Balafrej, Sassi - Rabat - 05 37 67 11 29 - Fax : 05 37 67 29 29 - 1055000094 - INPE : 100063668	31/01/2022	Radiologue	250 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exiés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	B	MONTANTS DES SOINS _____
				DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr FATMA BEN ABID

oncoLoque

diplômé de l'université de Paris
EX Médecin à René Huguenin

diagnostic et traitement des cancers
soins de support en onco-hématologie

الدكتورة فاطمة بن عبيد

اختصاصية في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمستشفى رينيه هوجيون

تشخيص وعلاج الأورام
الرعاية الداعمة في أمراض الدم

c016

clinique d'oncologie
16 NOVEMBRE

31.12.22

14,50

□ (Probiotic food)

14,50

1 Heufast Sup 

1 soupe x 3, x 07 juis

19,60

19,60

Pommade

19,60

Pommade

19,60

2 Heufast Cereales

SV

Pommade

19,60

19,60

Pommade

19,60

Pommade

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

Pommade

1 soupe



PHARMACIE OCEAN PALM
Dr. FATHIMA NAJWA
docteur Pharmacia
19 Route Ocean Palm Ghar MM 14 M.A.G. 1
Tel: 212 520 62 31 68

Dr. Fatma BEN ABID

ONCOLOGUE

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

22 Avenue Ahmed baLafrej - Rabat

L.D : +212(5) 37 66 41 66

L.D : +212(5) 37 67 17 17

Fax: +212(5) 37 67 29 29

Tel: +212(5) 37 67 17 17

E-mail: fbenabid@c016.com

+212 (6) 69 00 00 48

+212 (5) 37 67 17 17

+212 (5) 37 66 41 66

+212 (5) 37 67 29 29

fbenabid@c016.com

22 Avenue Ahmed baLafrej - rabat

@ clinique@c016.ma

D^r FATMA BEN ABID

oncoLogue

dipLômé de L'université de Paris
EX médecin à René HUQUENIN

diagnostic et traitement des cancers
soins de support en onco-hématologie

الدكتورة فاطمة بن عبيد

اختصاصية في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمستشفى رينيه هوجيبين

تشخيص وعلاج الأورام
الرعاية الداعمة في أمراض الدم

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

Dr. Chraibi Saad

TD7

Abdomino - pelvien

FC / T. de la prostate

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat
Tél : 06 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000694 INPE : 100053668

Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat
L.D : +212(5) 37 66 41 66
Tél : +212(5) 37 67 17 17 - Fax : +212(5) 37 67 23 29
INPE : 104157022

✉ +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

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41
FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

100063668



F A C T U R E

N° 2 031 / 2022 du 31/01/2022

Nom patient	CHRAIBI SAAD	Entrée 31/01/2022	Sortie 31/01/2022
Prise en charge	PAYANT		

RADIOLOGIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
TDM ABDOMINO-PELVIAN	1,00	K	2 250,00	2 250,00
			Sous-Total	2 250,00
Total Frais Clinique				2 250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total général	2 250,00
---	----------------------	-----------------

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	2 250,00	2 250,00	0,00

Ref Chq : ATWB 622939 CHRAIBI SAAD/

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
29 Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 00169105500094 - INPE : 100063668

Rabat le 31/01/2022

Nom et prénom : Mr. CHRAIBI Saad
Médecin traitant : Dr F.BEN ABID

TDM ABDOMINO PELVIENNE

INDICATION : tumeur de la prostate. Bilan d'extension.

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale à l'étage thoraco-abdomino-pelvien sans injection du produit de contraste avec reconstructions dans les trois plans de l'espace.

RESULTATS :

- Le foie est de volume normal, de contours réguliers et de densité spontanée homogène, sans lésion nodulaire nettement individualisable.
- Le complément IRM ne retrouve pas de lésion hépatique suspecte.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire siège de deux macrolithiases mesurant 13mm et 16mm.
- Le tronc porte et les veines hépatiques sont de calibre normal.
- Rate, pancréas et surrénales sans anomalie.
- Les reins sont de volume normal, de contours réguliers et de densité homogène, sans dilatation des cavités pyélo-calicielles et sans image de lithiasse.
Kyste médio-rénal droit à développement exo-rénal isodense (47UH) avec composante hyperdense : kyste remanié ?
- La vessie en faible réplétion, sans anomalie endoluminale ou pariétale.
- Hypertrophie prostatique modérée.
- Absence d'épanchement liquidiens intra-péritonéal.
- Absence d'adénopathie coelio-mésentérique, para-lombo-aortique ou iliaque.
- Hernie inguinale gauche à contenu vésical.
- Absence de lésion osseuse ostéolytique ou ostéocondensante suspecte.
- Remaniements arthrosiques étagés.
-

CONCLUSION:

Absence de lésion suspecte.

Vésicule biliaire macro-lithiasique.

Kyste médio-rénal droit : kyste remanié ? A caractériser par IRM.

Dr F. BENABDOUN
Dr. F. BENABDOUN
Radiologue & Radiologue
CLINIQUE D'ONCOLOGIE DU 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed BaLaFREJ - Rabat
Tél.: +212 (5) 37 67 17 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101250504