

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle 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



Déclaration de Maladie

M22- 0023618

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07731

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TABIL BEN SLIMANE ABDELAZIZ

Date de naissance : 1957

Adresse : HAY ZIATEN TANGER

Tél. : 0697530515

Total des frais engagés : 456.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/05/2022

Nom et prénom du malade : Tabil Ben Slimane Abdelaziz Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD pulmonaire

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 pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant l'exécution des Actes
2/09/11	CS		800,00	Dr. Sara Daoudi SPECIALISTE EN ONCOLOGIE Avenue Moulay Youssef - Résidence 34 - Tannoug Bloc B - 2ème étage - App. 34-72 Tél : 05 39 34 34 72 INPE : 161261052

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANNA 11, Av. Moulay Youssef - Tannoug Tél : 05 39 34 34 72 INPE : 162011001	02/09/11	156,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

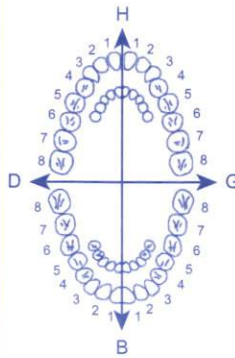
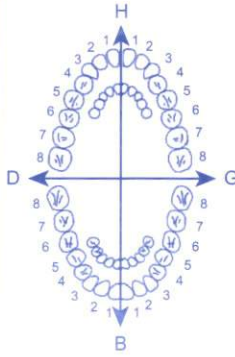
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

- Spécialiste en Cancérologie-Oncologie médicale
- Ancien médecin de l'Institut National d'Oncologie de Rabat et
les hôpitaux de Lorraine (Nancy) - France
Dépistage des cancers
Diagnostic, traitement et suivi des patients cancéreux
Soins de support Oncologiques et soins palliatifs
Traitement de la douleur - Nutrition en Cancérologie



-طبيبة اختصاصية في طب الأورام و أمراض السرطان
-طبيبة سابقة بالمعهد الوطني للأنكولوجيا بالرباط ومستشفيات (لورين
تاني)-فرنسا
الفحص المبكر للسرطان
تشخيص، علاج وتبعية مرضى السرطان
الرعاية الداعمة و الطليعية
علاج الألم - التغذية عند مرضى السرطان

CABINET DE CANCÉROLOGIE TANGER

Tanger le 02.10.2022

PPV 30DH00
PER 09/24
LOT H2537

PPV 30DH00
PER 06/25
LOT L1957

M. Tabart Benslimane Abdelaziz

30w x 4

D Deltrom



1 up a 31 j pour 1 mois

30,00

2) Osmolux sirop



36w 1 ca sa 31 j

PPV 30DH00
PER 06/25
LOT L1957

15600

Dr. Sara DAOUDI
SPÉCIALISTE EN ONCOLOGIE MÉDICALE
Avenue Moulay Youssef, Résidence Al Fath,
Bloc B, 2ème étage, apt 34 - Tanger
Tél. : 05 39 34 34 72
INPE : 161261052

صيدلية مولاي يوسف
PHARMACIE ARIHA
Avenue Moulay Youssef, Résidence Al Fath, Bloc B (au dessus du pharmacie moulay youssef), 2ème étage, apt 34 - Tanger
شارع مولاي يوسف، إقامة الفتح بلوك ب (فوق صيدلية مولاي يوسف) الطابق الثاني، شقة 34 - طنجة