

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

N° W21-727113

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50095009 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : REGAGNI

Date de naissance : 29-06-1961

Adresse : IMN 28 ART 5 WAFAB OULFA - CASA

Tél. : 0600170246 Total des frais engagés : 818,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 DEC. 2022

Nom et prénom du malade : REGAGNI Rachid

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dysphagie post RACHAGNI

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 : 13/11/2022

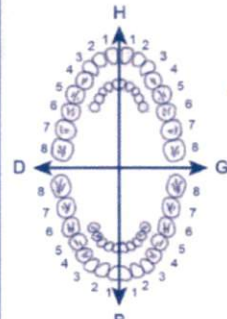
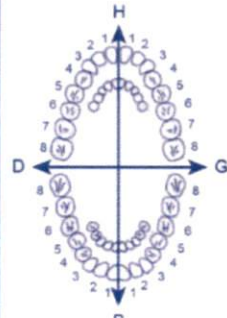
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
13/11/83	V.F.N	3 1842/22	7000H	INF: 09/1000091

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/83	18,2

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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>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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



AKDITAL

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

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le 13/11/2022

M^{re} REGRAGUI Rachid

LOT 22288804
EXP 2025-12-31
PPC 70 DHS

PHARMACIE DAWDIA
KHALAD
Oma - Casa
Tél: 02 27 77 82 28



1/ *[Signature]*
7/20

1 c x 3/

2/ Garison

1 c x 3/



4/8/20
11/8/20

3/ dylocaut gel a.

Docteur Addi AARAB
Médecin Anesthésiste Réanimateur
Transfert de la Douleur
Centre International d'Oncologie - Casablanca
Tél: 05 22 77 81 81/Fax: 05 22 99 65 74

RACHID REG RAGUI

- Oedz 40 mg
- Seru sili 500 ml


Docteur Addi AAPAB
Médecin Anesthésiste Réanimateur
Traitement de la Douleur
Centre International d'Oncologie Casablanca
Tél: 05 22 77 82 28 - Fax: 05 22 99 65 74

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 13-11-2022

Facture N° 31640/22

A. Identification

N° Dossier : COC22K13163309

N° Identifiant : 027543

Nom & Prénom : M. REGRAGUI RACHID

C.I.N : c132516

Adresse : adresse

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-11-2022

Date Sortie : 13-11-2022

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR. AARAB ADDI

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	CONSOMMABLE MÉDICAL		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PRESTATIONS						
1	PERFUSION		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. AARAB ADDI (ANESTHESIE-REANIMATION)		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						400,00
TOTAL GENERAL						700,00

SEPT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Centre International
Oncologie de Casablanca
Route de l'Oasis - Rue des
Alouettes - Casablanca
Tél : 0522 778 181



CENTRE
INTERNATIONAL
D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Casablanca le 13/11/2022

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Concernant : Mme REGRAQUI Rachid

Date de constatation de l'état du malade : 13/11/22

Renseignement cliniques sommaires : Oesophagite post Radique

Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information
ou à la demande d'entente (si possible, nombre des actes en série)

Serum Sile
Deds

Document Add. ARAB
Médecin Anesthésiste Réanimateur
Traitement de la Douleur
Centre International d'Oncologie Casablanca
Tél: 05 22 77 81 81 / Fax: 05 22 99 65 74

4. route de l'Oasis rue des Alouettes Casablanca
Tél : 0522 77 81 81 - Fax 0522 99 65 74
E-mail : info.ciocasablanca.ma
RC : 411395 - Patente : 34795375 - IF : 25288434
CNSS : 1130764 - ICE : 00196678000063


ah
AKDITAL