

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- 0038119

148646

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743

Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : CHRAIBI SAMY

Date de naissance : 22/12/1949

Adresse : RESIDENCE OCEAN PALM 8 APP 3

DAN BOUAFZIA CASABLANCA

Tél. 0661.10.24.84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafréj Souissi - Rabat
L.D : +212(5) 37 66 41 66
Tél : +212(5) 37 67 17 17 - Fax : +212(5) 37 67 29 29

Date de consultation : 18/1/23

Nom et prénom du malade : CHRAIBI SAMY Age : 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 18/1/23

Signature de l'adhérent(e) : CHRAIBI SAMY

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la conformité des Actes
18/10/23	S		302,02	CLINIQUE D'ANCOLOGIE 16 NOVEMBRE 2023 DR. FARHAD BEN ABDI 22 AVENUE DE BALAFREJARD 75117 PARIS TÉL : 01 42 65 37 68 - 01 42 65 37 69 BALAFREJARD 75117 - PARIS FAX : 01 42 65 37 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARIT NAJWA Docteur en pharmacie Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG 0°1 Route Dzemmour - Dar Bouazza 225 20 62 31 63 - INPE: 01	18/11/23	181,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of vertices, each containing a number from 1 to 8. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 3: 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2
- Row 4: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3
- Row 5: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4
- Row 6: 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 7: 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 8: 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 9: 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 10: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Arrows indicate movement paths between adjacent vertices. A large arrow labeled 'D' points downwards, and a small arrow labeled 'B' points downwards at the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D^r FATIMA BEN ABID

oncologue

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

diagnostic et traitement des cancers
sous la responsabilité de l'oncologie
210617153450HA

الدكتورة فاطمة بن عبد

اختصاصية في علاج الأورام

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة سابقة بمستشفى رينيه هوجينين

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

تشخيص وعلاج الأورام

الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

18 janvier 2023

1/ LIXIFOR

99,50

Lot/Acc
de préfér X1024 0526
LOT PER
Prix 99.00

1 GEL /J, 1 Mois

2/ INEXIUM 20 COMPRIME PELLICULE GASTRO-RESISTANT

1/jour , 1 Mois 82,10

3/ SPASFON LYOC 80 MG LYOPHILISAT ORAL

1cpx4/jour si douleurs abdominales , 8 jours

SYNTHEMEDIC
22 rue souleymane al ouaïd roches
noire casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
64015DMP/21NRC P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

Dr. Fatma BEN ABID
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat
T. +212 522 537 67 17 17 - Fax. +212 522 537 67 17 17
E-mail: fbenabid@co16.com

- +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

② 22 Avenue Ahmed Balafrej - rabat
② clinique@co16.ma