

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0038126

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

152649

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD
 Date de naissance : 22/11/1949
 Adresse : Résidence OCEAN PALM Imm 8 APPT 3
 DAR BOUAZZA CASABLANCA
 Tél : 0661 10 24 84 Total des frais engagés : 659 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/2/2023
 Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SAAD M Age : 73
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prostate
 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 : 3/3/23

Signature de l'adhérent(e) :

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

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
16/02/23	g		GR	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE OCEAN PALM HARIT NAJWA Docteur en Pharmacie Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1 Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza Tel: +212 5 20 62 31 63 - INPE: 092103613	16/02/23	563,00 (px) + 96,00, enu
---	----------	-----------------------------

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

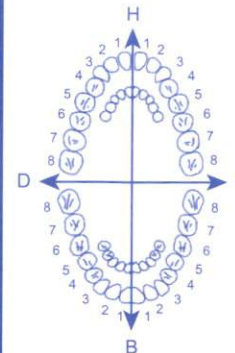
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

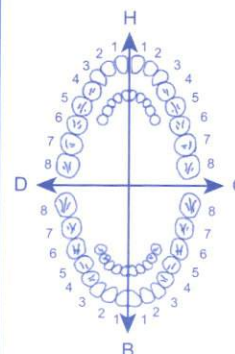
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

D^r Fatma BEN ABID

oncologue

الدكتورة فاطمة بن عبيد

اختصاصية في علاج الأورام

16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 novembre

diplômée de L'université de Paris
EX Médecin à René HUQUENIN

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة سابقة بمستشفى رينيه هوجنين

diagnostic et traitement des cancers
soins de support en oncologie

تشخيص وعلاج الأورام
الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

210617153450HA

16 février 2023

Mr. CHRAIBI Saad

LOT 221209 1
EXP 04 2027
PPV 46.00

DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j

VOGALENE 1CAS x 04/ j

JUVATONUS 1 AMP /J

PRAZOL 20 1 GEL/J

CURTEC

1 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du traitement

COTIPRED

3 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du traitement

SYSMETIX 1 GEL /J

22051 0125

LOT PER

Prix 109.00

PPV: 36DH00
PER: 06/24
LOT: L1070-1

PPV: 88DH00

PER: 06/25

LOT: L2120

PPV: 40DH00

PER: 12/25

LOT: L4233

LOT: 22122B
EXP: 05/2024
PUC: 280.000H

Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

22, Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat

L.D. : +212(5) 37 67 66 66

Tél: +212(5) 37 67 67 29 29 Fax: +212(5) 37 67 29 29

+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