

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0038112

Optique *160072* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *7743* Société : *R.A.M.*

Actif Pensionné(e) Autre : *Retraite*

Nom & Prénom : *CHRAÏBI SAMIA*

Date de naissance : *22/01/1949*

Adresse : *Résidence océan park Tamz格 APPARTEMENT DAKK*

Boulevard Casablanca

Tél. : *061 10 84 84* Total des frais engagés : *3.73,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *22/05/2023*

Nom et prénom du malade : *Riabi Zoufia* Age : *73*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Oncobio*

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 : *10 MAI 2023*

Signature de l'adhérent(e) : *H.Z.*



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
22 10/10/2023	5		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE OCEAN PALM HARIT NAJWA <small>Docteur en Pharmacie</small> Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1 Km 19 Route D'zemmour - Dar Bouazza Tél: +212 5 20 62 31 63 - INPE: 092103613		73,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr FATMA BEN ABID

oncoLoque

diplômée de L'université de Paris

EX Médecin à René Huguenin

diagnostic et traitement des cancers

soins de support en onco-hématoLoque

الدكتورة فاطمة بن عبيد

اختصاصية في علاج الأورام

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفى رينيه هوجيمن

تشخيص وعلاج الأورام

الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE

16 NOVEMBRE

27/04/2023

M'Chraibi Saad

Hepewot

X Omeid

1 cp le soir

73,80 DH
09/2025
Y26911

PHARMACIE OCEAN PALM
Dr NAJWA

Océan Palm GH3 Imp 14 MAG n°1
km 10 route d'zemour - Dar Bouazza
tel: +212 520 62 31 63 - INPE: 092103612

- +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.ma

cLinique d'oncoLoque 16 NOVEMBER

22 AVENUE AHMED BA LA FREJ - 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

Reçu de caisse*Médecin : DR. BEN ABID FATMA*

N° : 23042710393618803 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23D271033	CHRAIBI SAAD	27/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	.	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IBTISSAM

