

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

- 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.

M22- 0038111

Optique **1600.70** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7743** Société : **D + M**
 Actif Pensionné(e) Autre : **Pétrante**
 Nom & Prénom : **CHIARA SAAD**
 Date de naissance : **22/12/1949**
 Adresse : **Résidence OCEAN PH. 8
APT 3 DAR BOURZEA CASABLANCA**
 Tél. : **06 61 10 24 84** Total des frais engagés : **396,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
**Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE
CLINIQUE ONCOLOGIE NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balfaf, Souissi - Rabat
Tél. : +212(5) 37 66 41 86**

Date de consultation : **13/4/23**

Nom et prénom du malade : **Chiabi Saad** Age : **73**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **T 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 : **10 MAI 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **L.BOUAFAANE**



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
13/11/2023	S		32000	Dr. HENABIM ONCOLOGUE E D'ONCOLOGIE 18 NOVEMBRE CLINIQUE 22 Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat L.D : +212(5) 37 56 41 66
09/11/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE OCEAN PALM HARIT NAJWA <small>Docteur en Pharmacie</small> Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG. n°1 Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza Tél: +212 5 20 62 31 63 - INPE: 092103613</p>	96,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

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

الدكتورة فاطمة بن عبد

اختصاصية في علاج الأورام

diagnostic et traitement des cancers
soins de suivi en oncocomptologie

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفى رينيه هوغينين

210617153450HA

تشخيص وعلاج الأورام

الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

13 avril 2023

Mr. CHRAIBI Saad

DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j

VOGALENE 1CAS x 04/ j

JUVATONUS 1 AMP /J

96, 00

PRAZOL 20 1 GEL/J

PPV : 96DH00
PER : 03/25
LOT : L3553-1

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

PHARMACIE OCEAN PALM
HARIT NAJWA
Docteur en Pharmacie
Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1
Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza
Tél: +212 520 62 31 63 - INPE: 092103612

Dr. Fatma BEN ABID
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Ba Laferj - Souissi - Rabat
Tél: +212 537 66 41 66
L.D : +212 537 66 41 66
Tél: +212 537 67 17 17 - Fax: +212 537 67 29 29

clInique d'oncoLoque 16 NOVEMBRE

- +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

22 Avenue Ahmed ba Laferj - rabat

clinique@co16.ma