

# 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'I  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-011022

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2346 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA DRISS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : MERE

Tél. : 0673225780 Total des frais engagés : 40000 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. MOHAMED BACHOUCHI

Cachet du médecin : CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed Balafout - Rabat  
L.D. : +212 (5) 37 66 41 66  
Tél. : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29  
INPE : 101016006

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bengotio Daiss Age:

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

Nature de la maladie : T. vessie MUPRAS oesophage

Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie:

En cas d'accident préciser les causes et circonstances 18 DEC 2023

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 : Rabat Le : 22 / 11 / 2023

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
24/10/2023	S		6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MARHABA</b> André ACHOUR Av des F.A.R. Casablanca 0522 31 15 40 0522 31 43 69	24/10/2023	140,00 TV

# 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 :**

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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



D<sup>r</sup> MOUNIR BACHOUCHI

oncologue

Diplômé de La faculté de médecine de Paris  
EX Médecin à L'IGR - Villejuif

diagnostic et traitement des cancers  
spécialiste des maladies des seins



221025104148HO

الدكتور منير البشوشي

اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي  
فيل جوشيه  
تخصص علاج الأورام  
اختصاصي في امراض الثدي

16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE  
16 novembre

Mr. BENYAHIA Driss

ACTYL D 1 CP/J

QSP 2 MOIS

70,00  
x 2

140,00

**Actyl D**  
5 µg / 200 UI À avaler

LOT: 2305016  
FAB: 05/2023  
EXP: 05/2026  
PVC: 70.000H

**Actyl D**  
5 µg / 200 UI À avaler

LOT: 2307012  
FAB: 07/2023  
EXP: 07/2026  
PVC: 70.000H

Dr. Mounir BACHOUCHI  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE  
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
LD : + 212 (5) 37 66 41  
Tél : +212 (5) 37 67 17 / Fax : +212 (5) 37 67 17

PHARMACIE MARHABA  
André ADJOUR  
61, Av des F.A.R. Casablanca  
Tél 0522 31 45 49 0522 31 43 59

+212 (6) 64 70 70 10  
+212 (5) 37 67 17 17 L.G  
+212 (5) 37 66 41 41 L.D  
+212 (5) 37 67 29 29  
mbachouchi@co16.ma

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
clinique@co16.ma