

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

M23-0017887

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2846 Société : 296878

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 1953

Nom & Prénom : BENYAHIA NAIS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : MÈNE

Tél : 06 73275780 Total des frais engagés : 374 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENYAHIA NAIS Age: 73

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

Nature de la maladie : T. de Colonne - Cervicobrachio

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 : CAS Le : 21 / 02 / 2024

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE HAY RAJA
HICHAM ABOUTIKA
 Pharmacie
 101 Rue de la République
 31000 Toulouse
 Tél. 05 22 85 25 25

21/02/2024

374,00

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

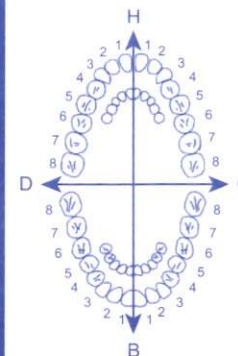
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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
 00000000 00000000
 D 00000000 G 00000000
 35533411 11433553
 B

[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

21/02/24

M. Belyatou D. Riss

187x2

300mg / 100mg

374,00



PHARMACIE HAY RAJA
 Hicham ABOUTIKA
 Orfèvre en Pharmacie
 Av. des Palmiers
 111, Bd Anoual
 Casablanca
 Tel: 05 22 86 05 25



Dr MOUNIR BACHOUCHI
oncologue

الدكتور منير البشوشي
اختصاصي في علاج الأورام

c016

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 novembre

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

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي
فيل جوف

diagnostic et traitement des cancers
spécialiste des maladies du sein

تشخيص وعلاج الأورام
اختصاصي في أمراض الثدي



221025104148HO

27 février 2024

Mr. BENYAHIA Driss

TDM THORACO ABDOMINO PELVIENNE

T de vessie et de l'oesophage
Bilan de controle

Dr. Mounir BACHOUCHI
Oncologue
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
L.D : +212 (5) 37 66 41 66
Tél.: +212 (5) 37 67 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29
INF : 101018005

- +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@c016.ma

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
Clinique@c016.ma

PHARMACIE ABOU ZAID BD AL MASSIRA.SARL

CASABLANCA LE : 17/11/2023

NOM & PRENOM :

FACTURE N° 031/ 2023

DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	QUANTITE	TOTAL
Ultravist 300	415,00	1	415,00
100 ml			
TOTAL			415,00

Arétée la presente facture à la somme de:

CACHET & SIGNATURE

PHARMACIE ABOU ZAID
S.A.R.L.
Rue 36 N°04 Massira 2 Bournazel
Casablanca
Tél 0522 70 22 84 Fax 0522 71 30 79