

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.

M23-0017887

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2346

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN YASSINA DRIS

Date de naissance :

01/01/1953

Adresse :

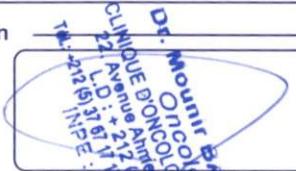
Méme

Tél. : 06 73275780

Total des frais engagés : 374 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ben Yassina DRIS Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : T. de l'Esophage - Céophagie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

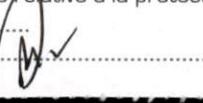
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

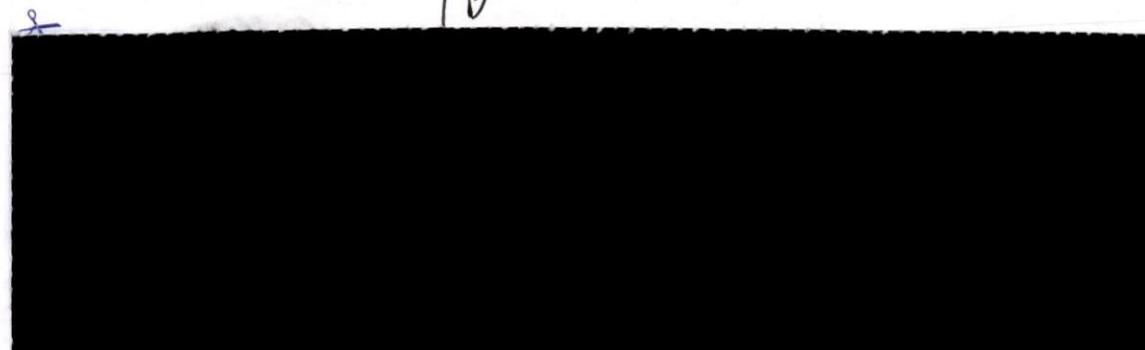
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 21/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

8



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HAY RAJA Richard ABOLITKA Directeur en Pharmacie 10 rue des Bérets Bd Anoual 94120 Fontenay-sous-Bois	21/02/2024	374,00

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 canalaire, 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 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

Mr : Benyamin D Riss

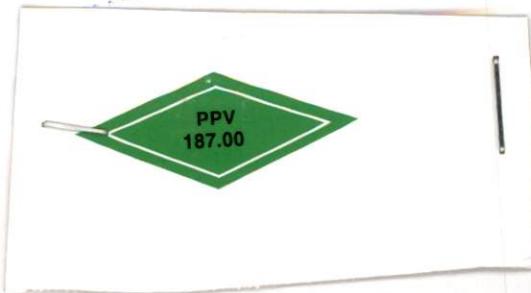
187,00

envisageez 300,00 / 100,00

374,00



~~PHARMACIE HAY RAJA~~
Hicham ABOUTIKA
Porteur en Pharmacie
4, rue des Petades Bd Anoual
Casablanca
Tel: 05 22 88 05 25



D^r Mounir BACHOUCHI
oncologue

diplômé de La faculté de Médecine de Paris
EX Médecin à L'IGR - Villejuif

diagnostic et traitement des cancers
spécialiste les maladies solides



221025104148HO

الدكتور منير البشوشى
اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي
فيل جيف

تشخيص وعلاج الأورام
اختصاصي في أمراض الثدي

CO16
CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

27 février 2024

Mr. BENYAHIA Driss

TDM THORACO ABDOMINO PELVIENNE

T de vessie et de l'oesophage
Bilan de contrôle

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 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29
INP : 101046905

- ✉ +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

PHARMACIE ABOU ZAID BD AL MASSIRA.SARL

CASABLANCA LE : 17/11/2023

NOM & PRENOM :

FACTURE N°031/ 2023

DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	QUANTITE	TOTAL
Ultravist 300 100 ml	415,00	1	415,00
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
Tel 0522 702284 Fax 0522 713079