

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- 0038122

1K2648

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : D.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité.

Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD

Date de naissance : 22/7/1949

Adresse : Résidence OCEAN PARK - 3ème étage APP 3

DAR BOUAFZA - CASABLANCA

Tél. : 0661.10.24.84 Total des frais engagés : 180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/2/2023

Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SAAD Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 3/3/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



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
16/02/23	CS			<p>G</p> <p>DR. MOUIN JACNOUCHI</p> <p>CLINIQUE D'ONCOLOGIE</p> <p>22, Avenue Annibal - Rebati</p> <p>Tel: 022(53)6171 / 0169105500094 - INPE : 00169105500094</p> <p>INPE : 100063665</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
22 Aout 2023	16/02/23	RadioScope	180 DH
CE : 05 37 67 18 29 - Fax : 05 37 67 29 29			
INPE : 100063665			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				<input type="text"/>

Le 16/02/2023

M. chraibi Saad

Jamie S.N.P.

Radio Thora &

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej - Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax: 05 37 67 29 29
ICE: 001691055000094 - INPE: 10006368
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej - Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax: 05 37 67 29 29
ICE: 001691055000094 - INPE: 10006368

+212 (5) 37 67 17 17
+212 (5) 37 67 29 29

RIB BP : 181 810 2121100580490017 09 - PATENTE : 25907010 - IF : 24941127 - ICE : 001691055000094 - RC : 127915

CNSS : 5718872 - INPE : 100063668

22 Avenue Ahmed Balafrej - rabat
Clinique@co16.ma

RABAT Le 16/02/2023

Nom et Prénom : Mr. CHRAIBI Saad
Médecin traitant : Dr M. BACHOUCHI

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE FACE

- Respect de la transparence parenchymateuse pulmonaire.
- Absence d'épanchement pleural.
- Respect de la silhouette cardio-médiastinale.
- Cathéter de voie veineuse centrale en place.

Dr. F. BENCHAKROUN
CLINIQUE D'ONCOLOGIE
22, Avenue Ahmed Ba LaFREJ - Rabat
Tel: +212 524 67 17 17 / +212 524 67 29 29

• +212 (5) 37 67 17 17
• +212 (5) 37 67 29 29

• 22 Avenue Ahmed ba Lafrej - Rabat
• Clinique@co16.ma

RIB BP : 181 810 2121100580490017 09 - PATENTE : 25907010 - IF : 24941127 - ICE : 001691055000094 - RC : 127915
CNSS : 5718872 - INPE : 100063668

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

F A C T U R E

N° : **4111 / 2023** du **16/02/2023**

Nom patient **CHRAIBI SAAD** Entrée **16/02/2023**
PAYANT Sortie **16/02/2023**

RADIOLOGIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIOGRAPHIE PULMONAIRE FACE	1.00	K	180.00	180.00
Total Clinique				180.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total	180.00

Compte bancaire : BANQUE POPULAIRE - RABAT 181 810 21211 0058049 001 7 09

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22. Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tel: 05 37 67 17 17 - Fax: 05 37 67 29 29
ICE: 001691055000094 - INPE: 100063668