

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

M23-0017885

188706

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2348 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA DRISS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse :

Tél. : 0673277780 Total des frais engagés : 622 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ben yahia Driess Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie de l'œsophage et de l'oesophagite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22/11/2023

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) :

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
21/11/23	Actes de suivi	100	3000,00	Dr. Ahmed BABA
7/11/23	Actes de suivi	100	3000,00	Dr. Ahmed BABA

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows the human mandible (lower jawbone) in an occlusal view. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Landmarks include the mental foramen (a small opening in the bone), the mental spine (a small projection of bone), and the mental tubercle (a larger projection of bone). The diagram is oriented with the anterior direction pointing upwards.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr 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 de la peau

221025104148HO

الدكتور مونير البشوشى

اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي
فيل جوف

تشخيص وعلاج الأورام
اختصاصي في أمراض الثدي

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B01D
EXP: 02/2025

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B01D
EXP: 02/2025

22 novembre 2023

Mr. BENYAHIA Driss

D CURE 1 AMP / 15 JOURS

56,30
x 2
70,00
+ 3

ACTYL D 1 CP/J

QSP 3 MOIS



Actyl D
5 µg / 200 UI À avaler

LOT: 2307012
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PVC: 70.00DH

Actyl D
5 µg / 200 UI À avaler

LOT: 2309022
FAB: 09/2023
EXP: 09/2026
PVC: 70.00DH

Actyl D
5 µg / 200 UI À avaler

LOT: 2309022
FAB: 09/2023
EXP: 09/2026
PVC: 70.00DH

Dr Mounir Bachouchi
Oncologue
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed BaLaFREJ - Rabat
D + 212 (5) 37 66 41 66
Tél: +212 (5) 37 67 29 29
INP: 101016995

+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