

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0031699

☒ 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 : MÈME

Tél. : 0673275780 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : RABAT Le : 20/12/2022


Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
20/12/22	CS		GRT	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/22	73,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/12/22	Radiologie	180 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

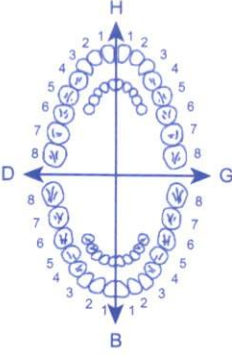
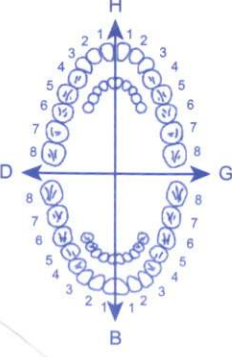
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ikrame NEJJAR

Onco-radiothérapeute

Radiothérapie externe - Stéréotaxie - Curiothérapie

16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE  
16 novembre

الدكتورة إكرام النجار

اختصاصية في علاج الاورام بالأشعة  
العلاج بالأشعة الخارجية والداخلية

Rabat, Le 22/11/22

Mr Binyache Driss

7350 Forlex soluble  
2 soluble / jour

PHARMACIE MARHABA  
61, Av. des F.A.R. - Casablanca  
Tél : 0539 31 31 31 - 0539 31 31 31

Dr. Ikrame NEJJAR  
RADIOTHÉRAPEUTE  
Clinique d'Oncologie 16 Novembre  
Département d'Oncologie  
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
L.D : +212 (5) 37 66 41 55  
Tél : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29  
INPE : 101411169

maphar  
Boulevard Akkama  
Quartier Industriel Sid Berrouj - Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. : 73.50 DH  
6118001181193

LOT : W09791  
Exp : 04/2025

+212 (6) 65 67 33 67  
+212 (5) 37 67 17 17 L.G  
+212 (5) 37 66 41 55 L.D  
+212 (5) 37 91 03 00  
inejjar@co16.ma

CLINIQUE d'oncologie du 16 novembre

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
CLINIQUE@CO16.MA

D<sup>r</sup> Ikrame NEJJAR

Onco-radiothérapeute

Radiothérapie externe - Stéréotaxie - Curiothérapie

**CO16**

CLINIQUE D'ONCOLOGIE  
16 novembre

الدكتورة إكرام النجار

اختصاصية في علاج الاورام بالأشعة  
العلاج بالأشعة الخارجية والداخلية

Rabat, Le 12/11/22

Mr Benychya Driss

Rosiglap hic  
pulmonaire

Dr. Ikrame NEJJAR  
RADIOThÉRAPEUTE  
Clinique d'Oncologie 16 Novembre  
Département d'Oncologie  
22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
L.D : +212 (5) 37 66 41 55  
Tél : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29  
INPE : 10111/169

+212 (6) 65 67 33 67  
+212 (5) 37 67 17 17 L.G  
+212 (5) 37 66 41 55 L.D  
+212 (5) 37 91 03 00  
inejjar@co16.ma

clinique d'oncologie du 16 novembre

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
cLinique@co16.ma

RABAT Le 20/12/2022

Nom et Prénom : Mr. BENYAHIA Driss

Médecin traitant : Dr I.NEJJAR

### 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.

OK

Dr. F. BENCHAKROUN  
Radiologue  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE DU 16 NOVEMBRE  
22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
Tél.: +212 (5) 37 67 17 17 - +212 (5) 37 67 29 29  
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

100063668



## F A C T U R E

N° 27 877 / 2022 du 20/12/2022

Nom patient	BENYAHIA DRISS	Entrée 20/12/2022	Sortie 20/12/2022
Prise en charge	PAYANT		

### RADIOLOGIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE PULMONAIRE FACE	1.00	K	180.00	180.00
			Sous-Total	180.00
Total Frais Clinique				180.00

	Total général 180.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	

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

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		180.00			180.00	0.00

Ref Chq : BMCI 3138525 BENYAHIA DRISS /

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