

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2346** Société :

Actif Pensionné(e) Autre : **AUSSS25**

Nom & Prénom : **BEN YAHIA DRIS S**

Date de naissance : **01/01/1953**

Adresse : **MÉME**

Tél. : **0673275780** Total des frais engagés : **304,60 Dhs** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : **13/01/2023**

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
31/10/19	es	G		ame NEJAR ADEUTE 6 Novembre ugie nebabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Client Bordeaux Avenue *2 Montambault de la Facture Tél. +33 (0)5 34 51 21 21 INPE
<p>PHARMA MIE Afnal EL ALLALI DE BORDEAUX PHARMACIEN 164, Bd. Bordeaux - CASA Tél 05 22 27 75 21</p>	01.11.2019	 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. The grid is centered at the origin (0,0) of a coordinate system. The horizontal axis is labeled D (left) and G (right). The vertical axis is labeled B (down) and H (up). The grid is roughly diamond-shaped, with points at (0,0), (1,1), (2,2), (3,3), (4,4), (5,5), (6,6), (7,7), (8,8), (9,9), (-1,-1), (-2,-2), (-3,-3), (-4,-4), (-5,-5), (-6,-6), (-7,-7), (-8,-8), and (-9,-9).

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VIE ET SAVOIR DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

D^r IKRAME NEJJAR

Oncoradiothérapeute

Radiothérapie externe · Stéréotaxie · Curiethérapie

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE

16 NOVEMBRE

الدكتورة إكرام النجار

اختصاصية في علاج الأورام بالأشعة

العلاج بالأشعة الخارجية والداخلية

Rabat, le 13/01/23

M^r Benyachia Driss

24.60

i) Potassium

PPU 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

c e c x 3 l j s u n

PHARMACIE DE BORDEAUX
Mlle Amal EL ALLALI
PHARMACIEN
164, Bd. Bordeaux - CASABLANCA
Tél 05 22 27 75 21

280.00

LOT:22010A
EXP:01/2024
P.U.C:280.00DH
Fabrication
bella
Rue E. Duvalot
5060 Saintryville -

Bistimé
1 gél le matin à
jeun

304,60

Dr. IKRAME NEJJAR
RADIOOTHERAPEUTE
Clinique d'Oncologie 16 Novembre
Département d'Oncologie
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
L.D. : +212 (5) 37 67 17 17
Tél : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 25 29
INPE : 101111169

Clinique d'oncoLogie du 16 novembre

- +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

• 22 AVENUE AHMED BALAFREJ - RABAT

• clinique@co16.ma

3/ Sium bicarbonat
14 %

1 poisson x 3 ljour

4/ Docteur gel buccal

100g x 2 ljour

Dr. IKRAME MEJJAR
RADIOThéRAPEUTE
Clinique d'Oncologie 16 Novembre
Département d'Oncologie
22, Avenue Ahmed Balafréj - Rabat
L.D : +212 (5) 37 66 41 55
Tél : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101111169