

# 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

- Reclamation : 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- 0031705

153297

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2346** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENYAHIA DRISS**

Date de naissance : **01/10/1953**

Adresse : **MÈME**

Tél. : **067327780**

Total des frais engagés ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/10/2023**

Nom et prénom du malade : **Benyahia Driss**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **KC sur-adj. + Uc ssui**

**INPE**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

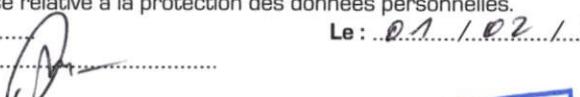
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **01/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MARHABA</b> André ACHOUR 61, AV. des F.A.R. - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 - 0522 31 16 40	1/2/23	1761, 00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

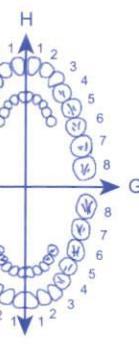
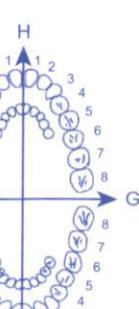
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 255334112 \quad 21433552 \\  \hline  D & 000000000 \quad 00000000 \\  & \hline  & 000000000 \quad 00000000 \\  B & 355334111 \quad 11433553  \end{array}  $ <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D<sup>r</sup> IKRAME NEJJAR

Onco-radiothérapeute

Radiothérapie externe - Stéréotaxie - Curiethérapie

CO16

clinique d'oncologie  
16 NOVEMBRE

الدكتورة إكرام النجار

اختصاصية في علاج الأورام بالأشعة

العلاج بالأشعة الخارجية والداخلية

Mme Benyely Driss

Rabat, le 01/12/23

40<sup>o</sup>  
1/2

PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, AV. des F.A.R. - Casablanca  
Tél. : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

puis

96.0<sup>o</sup> puis

ipred 40 mg  
1/2/j / 5 jours  
1cp / j / 5 jours  
1cp / j / 5 jours

Opérés ou radio  
1gital 1/jour

à poursuivre

1761<sup>o</sup>

3/ Bistina

à poursuivre

PPV: 96DH00  
PER: 12/24  
LOT: L2469-1

PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, AV. des F.A.R. - Casablanca  
Tél. : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

Dr. IKRAME NEJJAR  
RADIOThéRAPEUT  
clinique d'oncologie 16 NOVEMBRE  
laboratoire d'oncologie 16 NOVEMBRE

22 Avenue Ahmed BaLaFREJ - Rabat  
Tél: +212 (5) 37 66 17 17 - Fax: +212 (5) 37 66 17 29 29

clique@co16.ma

clinique@co16.ma

• +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