

# 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 l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- N° 0028144

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07669

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben moussem Jamal

Date de naissance : 26/3/61

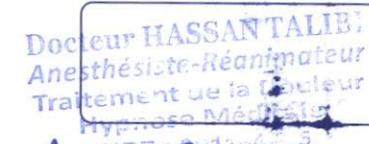
Adresse : 6, Rue ABOU ALAZAHR

Télé. 0661424769

Total des frais engagés : 1062,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/22

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

infection

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 25/10/22

Le : / /

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
10/01/2018	Opération sur le dossier N° COCE22514202757	1	788,32	Dr. H. S. Hypnose Médicale INPE : 091164335

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HIKMA SARL.AU CASABLANCA Mme BALEMI S. Souad AL HIKMA PHARMACIE 3, Rue Vesale - 1000 Rue Amyot, Casablanca Tél. 0527 86 45 61	14/10/22	274.27

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

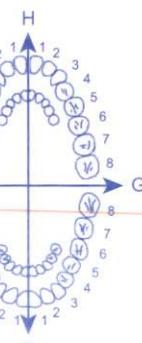
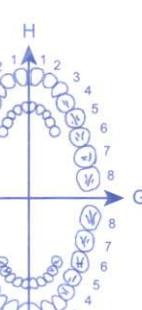
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ORDRE D'ENCAISSEMENT PATIENT

Date d'admission : 14/10/2022

N° Dossier : COC22J14202757

N° Identifiant : 031578

N° CIN : B433971

**Nom et Prénom : BENMOUSSA JAMAL**

Motif d'admission : PERFUSION

M. BENMOUSSA JAMAL  
Né le : 06/03/1961



Demandeur : AHMICHE Said

Observation :

Heure d'édition : 21:09

**Montant à Encaisser 788,32**

Visa Donneur d'ordre :



Visa Régisseur :

# CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 14-10-2022

## Facture N° 28424/22

### A. Identification

N° Dossier : COC22J14202757

N° Identifiant : 031578

**Nom & Prénom : M. BENMOUSSA JAMAL**

C.I.N : B433971

Adresse : 06 RUE ABOU ALAE ZAHR QUARTIER DES HOPITAUX APT 48

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 14-10-2022

Date Sortie : 14-10-2022

Médecin traitant : DR . MEDECIN REANIMATEUR

Traitements : PERfusion

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		188,32			188,32
			Total Rubrique :			<b>188,32</b>
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERfusion		200,00			200,00
			Total Rubrique :			<b>200,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. MEDECIN REANIMATEUR		400,00			400,00
			Total Rubrique :			<b>400,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
<b>788,32</b>						

SEPT CENT QUATRE-VINGT-HUIT DIRHAMS TRENTE-DEUX CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



**CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA**

Séjour : Du 14/10/2022 au  
14/10/2022  
Patient : M. BENMOUSSA  
JAMAL  
N° Dossier : COC22J14202757  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	1	18,80 Dh
CLOPRAUME 10 MG INJECTA (10)	1,39 Dh	1	1,39 Dh
COMPRESSE STRILE 10x10 PC DE 10	7,48 Dh	1	7,48 Dh
INTRANULE ROSE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	1	8,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE	9,00 Dh	1	9,00 Dh
SPASMOPAN 20 MG INJ/6AMP	1,85 Dh	1	1,85 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM	8,00 Dh	1	8,00 Dh
TRICEF 1G INJECTA (01)	65,40 Dh	2	130,80 Dh
			<b>188,32 Dh</b>



Casablanca le

14/10/22

**NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT**

Concernant : Mme ..... Jamal BENMOUSSA

Date de constatation de l'état du malade : ..... 14/10/22

Renseignement cliniques sommaires :

Sa febril

Traitements envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente (si possible, nombre des actes en série)

Ech U F

Perfusion : Ceftriaxon par a/c et  
antispasmodique

Indemnité délivrée

4. route de l'Oasis rue des Alouettes Casablanca

Tél : 0522 77 81 81 - Fax 0522 99 65 74

E-mail : info.ciocasablanca.ma

RC : 411395 - Patente : 34795375 - IF : 25288434

CNSS : 1130764 - ICE : 00196678000063



737,6° ] am al

BENMOUSSA

1) Spectre

A circular logo containing the text 'A's' in blue and 'Soo' in blue cursive script.

14<sup>60</sup> fin 1 sp 1 J bolt 10 in  
1 sp x 2 1/2 bolt 2 1/2 in

2) Dipr

418

3) Neoforta

$$160 - 149 = 11$$

4) Nausélin

1's  
149

Docteur HASSAN TALIBI  
Anesthésiste et Thérapeute  
Traiter enfin la Douleur  
Hypnose et Méthode  
INPE : 03119335