

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 0028144

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07669 Société : R.A.M. 134903  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Ben moussa Janal  
 Date de naissance : 26/12/61  
 Adresse : 6, Rue ABou ALAAZAR Apt 48  
 Tél. 0661424769 Total des frais engagés : 1062,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur HASSAN TALIB  
 Anesthésiste-Réanimateur  
 Traitement de la Douleur  
 Hypnose Médicale  
 INPE: 01104353  
 Date de consultation : 14/10/22  
 Nom et prénom du malade : BENMOUSSA Janal Age: 61 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : infection urinaire  
 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) :

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
<p><i>Handwritten:</i> 14/10/02 voir dossier N° 788.32 COC 22 J 14202757</p> <p><i>Stamp:</i> Association Française des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs Traitement de la Douleur Hypnose Médicale INPE : 091164335</p>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AL HIKMA CASABLANCA SARL.AU Mme B. FLEMMANI Souad PHARMACIE Rue Amyot, Casa Tél: 0539 86 55 51</p>	<p>14 / 10 22</p>	<p>274.22</p>

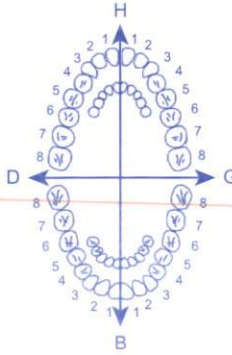
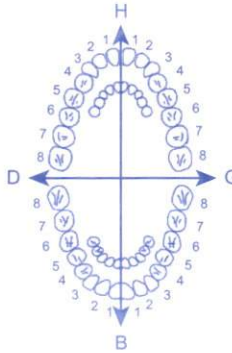
[illegible][illegible]

# 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE : 14/10/2022

## 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



COC22J14202757

Demandeur : AHMICHE Said

Observation :

Heure d'edition : 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

Traitement : 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>						
						<b>400,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>788,32</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :

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
CLOPRAME 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>





CENTRE  
INTERNATIONAL  
D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA

M. BENMOUSSA JAMAL  
Né le : 06/03/1961  
COC22J14202757

Casablanca le 14/10/22

**NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT**

Concernant : M<sup>re</sup> Jamal BENMOUSSA

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

Renseignement cliniques sommaires :  
Sub fébril

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

ECBU  
Perfusion Ceftriaxone, paracétamol  
et taspasodique

ordonnance 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

Docteur MASSANTALIRI  
Anesthésiste-Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
INPE : 091164335

**ah**  
AKDITAL

73<sup>ans</sup>, 60 Jamal

BENMOUSSA

1) Spectra 500  
1 cp x 2 / j - fort 2 j n

14<sup>ans</sup> fin 1 cp / j - fort 10 j n

2) Doliprane 1 cp  
16h

3) Neofortan 160  
1 cp x 2 / j

4) Nausélin  
1 cp x 3 / j

28/10/20