

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 002750

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : Retraite R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD
Date de naissance : 22/7/49
Adresse : Résidence OCEAN PIERRE 3 APP-3
DAR BOUAZZA CASABLANCA
Tél. : 06 61 10 24 84 Total des frais engagés : 12.86,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/3/2019
Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SAAD Age : 73
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : T. Prostate
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 : 26/3/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
21/03/23	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant et Signature

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

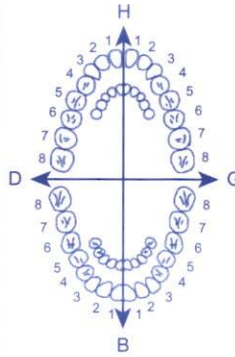
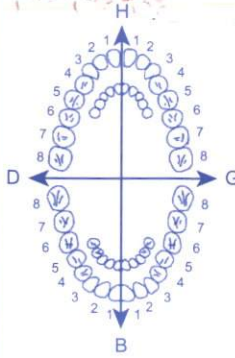
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 2023	21/03/23					1286,80dh

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>H</td><td>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>B</td><td>B</td></tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **5442** / **2023** du **02/03/2023**

Nom patient : **CHRAIBI SAAD**

Entrée **16/02/2023**

Prise en charge **MUPRAS**

Sortie **02/03/2023**

		Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1.00		1 272.80	1 272.80
PHARMACIE (médicaments)	1.00		11 640.40	14.00
			Sous-Total	1 286.80

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES

Total 1 286.80

Total facturé au patient

14 913.20

Montant pris en charge par l'organisme

13 626.40

Montant ticket modérateur à charge du patient

1 286.80

Encaissements patient

Espèces **0.00**

Chèque

Carte bancaire **1 286.80**

Solde **0.00**

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej - Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 - INPE : 100063668

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	CHRAIBI SAAD	N° Facture	5 442	23-061615
-------------	--------------	------------	-------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire€	Montant
BIOSYNEX AG BSS (25)	1	190.00	190.00
NAPROCIL 1g INJECTA (01)	4	50.70	202.80
Sous-Total médicaments			392.80
POMPE BAXTER 100ML (001)	2	440.00	880.00
Sous-Total consommable médical			880.00
(*) Conditionnement hospitalier	Total pharmacie		1 272.80

(*) Conditionnement hospitalier

FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

N°: 23030410253917801 / 1 / 0

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		1 286.80
MUPRAS	Total payé	1 286.80
MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES		

Reçu établi par : MOUNIA

22, Avenue Abdelhak Balafréj, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 29 29 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE - 20169-05700004 - INPS : 101057000