

# 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

Le 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° 002750

ASS293

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : Retraite R.A.N

Actif  Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : C.H.RAI.BI S.A.J

Date de naissance : 24/7/49

Adresse : Résidence OCEAN PARK 8 APP 3  
DAR BOUARZA, CASABLANCA

Tél. : 05 61 10 24 84 Total des frais engagés : 12.86, 80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/3/2019

Nom et prénom du malade : C.H.RAI.BI Age : 73

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : T. Prostate

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : NOUVELLE

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 SV 2019 Le : 26/3/2019

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
02/03/23	CP		G	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		CLINIQUE 22, AVENUE Tunis, 12225

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 22 Avenue Ahmed Balafréj Souissi - Rabat Tél: 05 37 67 11 47 - Fax : 05 37 67 29 29 ICE : 001691055000094 - INRE : 100063660	21/03/2023					12.86,80 DH

## 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												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
		<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

# 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
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE (en sus)	1.00		1 272.80	1 272.80
PHARMACIE (médicaments)	1.00		11 640.40	14.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 286.80</b>

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**

#### *Encaissements patient*

Espèces	0.00
Chèque	
Carte bancaire	<b>1 286.80</b>
Solde	0.00

*Montant pris en charge par l'organisme*

**13 626.40**

*Montant ticket modérateur à charge du patient*

**1 286.80**

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat  
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29  
ICE : 00169105500094 - INPE : 100063668

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient <b>CHRAIBI SAAD</b>	N° Facture	<b>5 442</b>	23-061615
<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Montant</b>
BIOSYNEX AG BSS (25)	1	190.00	190.00
NAPROCIL 1g INJECTA (01)	4	50.70	202.80
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>392.80</b>
POMPE BAXTER 100ML (001)	2	440.00	880.00
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>880.00</b>
<i>(*) Conditionnement hospitalier</i>		<b>Total pharmacie</b>	<b>1 272.80</b>

LINIQUE D'ONCOLOGIE 46 NOVEMBRE  
 22 Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - 1007  
 Tel: 03 37 67 17 17 Fax: 05 37 67 17 17  
 ICE : 0169195500004 INPE : 1007

**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

**Reçu de caisse**

N° : 23030410253917801 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23-061615	CHRAIBI SAAD	04/03/2023

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

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
16, Avenue 20 Mars 17117 - Balafrej, Souissi - Rabat  
Tél : 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29  
ICE : 2018910253917804 - INP : 100035-330