

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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- 0010352

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2346

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENYAHIA DRIS

Date de naissance :

01/01/1953

Adresse :

MÈME

Tél. :

067327580

Total des frais engagés :

300 + 737,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

13 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
12/01/2019	G		CRT	<p>Dr. Mounir BACHOUCH Oncologue CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Belal - Rabat L.D. : + 212 (5) 37 66 41 80 Tél. : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29 INDE : 101016905</p>

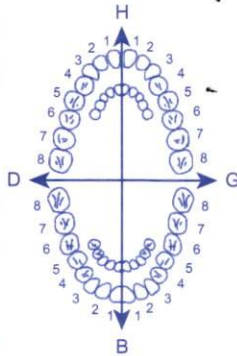
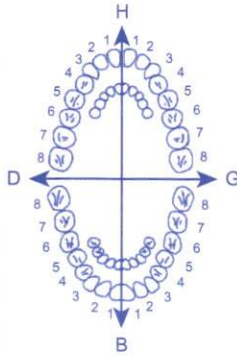
[illegible][illegible][illegible]

## 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						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">                     00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </td> </tr> </table>			<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000									
<b>D</b>	<b>G</b>								
00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>									
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					

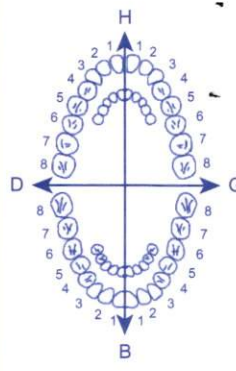
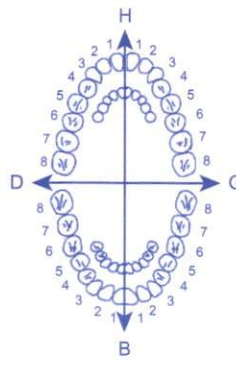
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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

## Reçu de caisse

N° : 23030711413418806 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23-058994	BENYAHIA DRISS	07/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI 4838185 BENYAHIA DRISS Lui-même	737.40
MUPRAS	Total payé	737.40
SEPT CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS QUARANTE CENTIMES		

Reçu établi par : IBTISSAM

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
AUTORISATION DE CAISSE

## CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

07/03/23

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41

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

+ Consultation 300 dhs

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 4635 / 2023 du 13/01/2023

Nom patient **BENYAHIA DRISS**

Entrée 17/11/2022

Prise en charge **MUPRAS**

Sortie 13/01/2023

		Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PHARMACIE				
PHARMACIE (médicaments)	1.00		4 179.80	28.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		709.40	709.40
			Sous-Total	737.40

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SEPT CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS QUARANTE CENTIMES

Total 737.40

Total facturé au patient 9 889.20  
Montant pris en charge par l'organisme 9 151.80  
Montant ticket modérateur à charge du patient 737.40

## Encaissements patient

Espèces 0.00  
Chèque  
Carte bancaire  
Solde 737.40

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