

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 : 163256

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BENVAHIA DIRISS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : MÈME

Tél : 067327580 Total des frais engagés : 300 + 737,40 Dhs

*dep delais
voir demande
de derogato*

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 : de la vessie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
13/11/23	G			 Dr. Mounir BACHOUCH Oncologue CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Balafout - Rabat L.D : +212 (5) 37 66 41 80 L.D : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29 INPE : 101016905

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

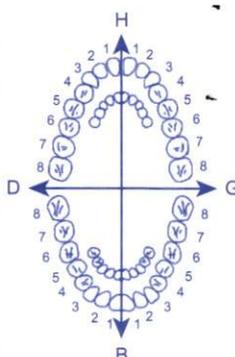
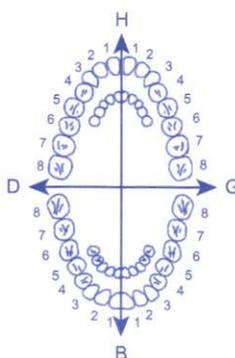
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Balafout - Souissi - Rabat Tél.: 05 37 66 41 80 - Fax : 05 37 67 29 29 INPE : 101016905	13/11/23					737,40

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 87 29 29
 ICE : 001691055000094 - INPE : 100063668