

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.

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Ali
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.m.



Déclaration de Maladie

M22- 0010353

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2346 Société : 163304
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENYAHIA DRUS
 Date de naissance : 01/01/1953
 Adresse : none
 Tél. : 0673235780 Total des frais engagés : 1262,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: DR. MOHAMED BACHOUCHI, CLINIQUE D'OPHTHALMOLOGIE, 22 AVENUE ANASSER, CASABLANCA, 20000, TEL: 05 22 20 45 45, FAX: 05 22 22 78 18, 13/01/2023]
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age: / /
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : tumeur 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 : RASAT Le : 25 / 04 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VISA

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
25/04/23	C5		G	Dr. Mounir BACHOUCHI Oncologue CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat L.D : + 212 (5) 37 66 41 66 TEL : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29 INPE : 10016905

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	PG	IM	IV	
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat Tel.: 05 37 66 41 66 - Fax : 05 37 67 29 29 INPE : 001691055000094 - INP	25/04/23	francisque				1268,4004

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

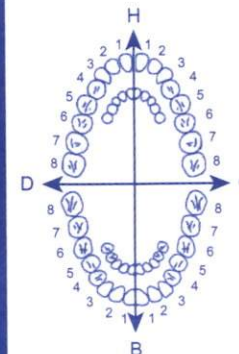
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

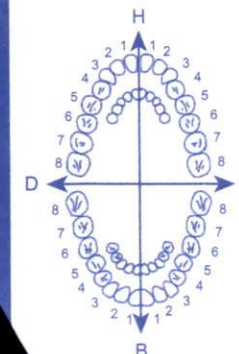
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION


CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient BENYAHIA DRISS	N° Facture 10 174	23-066676
-----------------------------------	--------------------------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LEUCOVORIN CALCIUM 100MG INJECTA (01)	4	67.20	268.80
OEDES 40 MG (005)	2	49.80	99.60
Sous-Total médicaments			368.40
POMPE BAXTER 100ML (001)	2	440.00	880.00
Sous-Total consommable médical			880.00
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	1 248.40


 CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
 22 Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
 Tél : 05 37 67 1417 - Fax : 05 37 67 29 29
 RCS : 014301065000094 - INPE : 100063667

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° **10174** / **2023** du **25/04/2023**

Nom patient **BENYAHIA DRISS**

Entrée **11/04/2023**

Prise en charge **MUPRAS**

Sortie **25/04/2023**

		Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PHARMACIE					
PHARMACIE (en sus)	1.00		1 248.40	100	1 248.40
PHARMACIE (médicaments)	1.00		7 982.40	0	14.00
			Sous-Total		1 262.40

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :	
MILLE DEUX CENT SOIXANTE-DEUX DIRHAMS QUARANTE CENTIMES	Total 1 262.40

Montant total facturé **11 230.80**
Montant pris en charge par l'organisme **9 968.40**
Montant ticket modérateur à charge du patient **1 262.40**

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