

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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.

RAS : 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

Maladie

Dentaire

Optique 101388

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OMAR BEN ABDELLAH

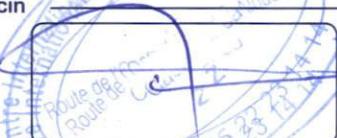
Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : LOT N°1 HAOUZ EL TEA Z - LASARIGANA

Tél. : 0668170416

Total des frais engagés : 693,89 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

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
03.01.2022 Route de l'Oasis 4 Rue des Alouettes Casablanca	Voir classé CEC 22402835502	IRN N° : 693,89	693,89	Signature de Casablanca Route de l'Oasis 4 Rue des Alouettes Casablanca Z

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

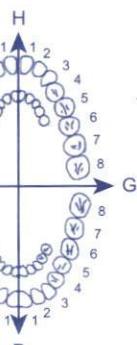
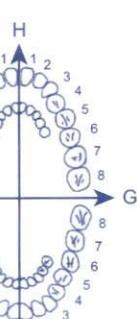
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'exploration.

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) 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

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

CASABLANCA LE :03-01-2022

Facture N° 00021/22

page 1 / 1

A. Identification

N° Dossier : COC22A02235502 N° Identifiant : 019289

Nom et Prénom : HNINE CHAMSDOHA

CIN : BE490793

Adresse : LISSASFA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

DR. MEDECIN REANIMATEUR

Organisme : PAYANT

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-01-2022

Date Sortie : 03-01-2022

Traitement : PERfusion

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		93.89			93.89
Total Rubrique :						
PRESTATIONS						
1	PERfusion		200.00	SI		200.00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MEDECIN REANIMATEUR		400.00			400.00
Total Rubrique :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
SIX CENT QUATRE-VINGT-TREIZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-NEUF CENTIMES .						
TOTAL GENERAL						
693.89						

Cachet et Signature



**CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE
CASABLANCA**

Séjour : Du 02/01/2022 au
03/01/2022
Patient : Mme HNINE
CHAMSDOHA
N° Dossier : COC22A02235502
Organisme : PAYANT MUPRAS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1g	18,80 Dh	1	18,80 Dh
COMPRESSE STRILE 10x10 PC DE 10	6,00 Dh	1	6,00 Dh
INTRANULE ROSE	1,50 Dh	1	1,50 Dh
MORPHINE 10 MG INJECTA	45,80 Dh	1	45,80 Dh
NEFOPAM 20MG/2ML	4,51 Dh	1	4,51 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	1	8,00 Dh
PHARMAFIX 10CMX10M (OMNIFIX)	1,25 Dh	1	1,25 Dh
SERINGUE 1 CC	1,05 Dh	1	1,05 Dh
SERINGUE 10 CC	1,38 Dh	2	2,76 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM	4,22 Dh	1	4,22 Dh
			93,89 Dh



Casablanca le 03-01-2022

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Concernant : Mme

Hélène Chamardoka

Date de constatation de l'état du malade :

02-01-2022

Renseignement cliniques sommaires :

Syndrome hypertonique

Traitements envisagés correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente (si possible, nombre des actes en série)

Spasfor
Morphine
Paracetamol

4. route de l'Oasis rue des Alouettes Casablanca

Tél : 0522 77 81 81 - Fax 0522 99 65 74

E-mail : info.ciocasablanca.ma

RC : 411395 - Patente : 34795375 - IF : 25288434

CNSS : 1130764 - ICE : 00196678000063