

# 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.

## 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

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.

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 067563

104667

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06132

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OMAEK ABDEERRAZAK

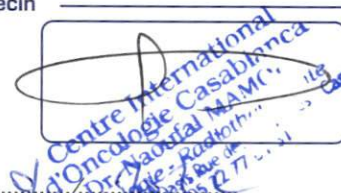
Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : LOT ALIFAT FATEH V EL OULFA CAJALAN

Tél. : 0668 140116 Total des frais engagés : 538,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2022

Nom et prénom du malade : Mr. H. AMSSOHA Age : 56

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : NEOPLASME MALIGNANT

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 : 21/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]



# 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
31-01-99		C	Cravité	
09-09-99		C	Cravité	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/22	538,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

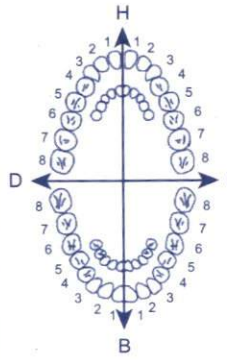
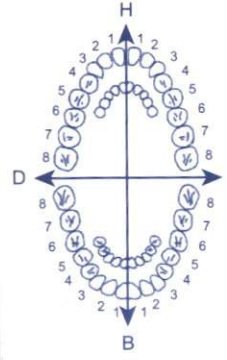
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
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



Casablanca, le.....

31/01/2022

Mme HNINE CHAMSDOHA

$269 \times 2 = 538$    
DUROGESIC PATCH 25 UG

un patch toutes les 72 heures pour 1 mois

Centre International  
d'Oncologie Casablanca  
Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
4, Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casa  
Tél : 05 22 77 82 28


Pharmacie Centre International  
d'Oncologie Casablanca





# DUROGESIC®

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Durogesic 25µg/h sac b5  
P.F.V : 269,00 DH



6 118001 180882








# DUROGESIC®

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Durogesic 25µg/h sac b5  
P.F.V : 269,00 DH



6 118001 180882



12/02/2022 12:23

Reçu

# **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965**  
**COC22B01134534**



Reçu N°: 79049

**Paiement du 12/02/2022 12h17**

<b>Montant</b>	<b>269,00 Dh</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>Espèce</b>

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 1:



08/02/2022 14:17

Reçu

## **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT :** Mme HNINE CHAMSDOHA  
**DATE DE NAISSANCE :** 19/11/1965  
**COC22B08140924**



Reçu N°: 78525

**Paiement du 08/02/2022 14h11**

**Actes**

**Montant**

**107,60 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 08/02/2022



01/02/2022 13:52

Reçu

## **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965**  
**COC22B01134534**



Reçu N°: 77727

**Paiement du 01/02/2022 13h47**

**Montant**

**161,40 D**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par **OUYOUSSEF FATIMA ZAHRA** Le 01