

# 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.

## Radio :

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.

## Prothèse :

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- 067566

104721 Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OMAH K ABDERRAZAK

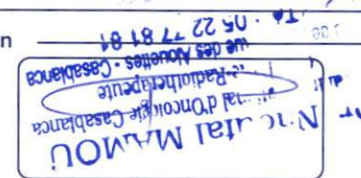
Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : LOT 121 HA 5 FATH V ECOULEFA CASABLANCA

Tél. : 0668170416 Total des frais engagés : 1200,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2022

Nom et prénom du malade : HNINE Chamseddine Age : 56

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neoplasie de l'oreille

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 : 26/01/2022

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
10.04.99		1	Crabot	
06/04/99	(00918755)		1800 DH	

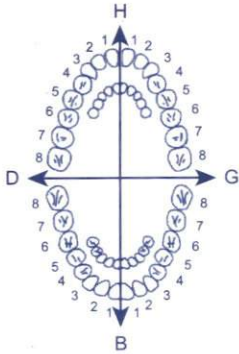
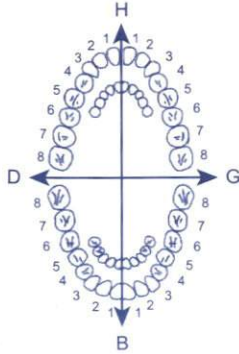
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

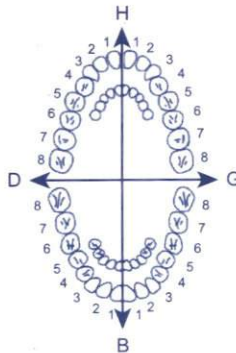
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

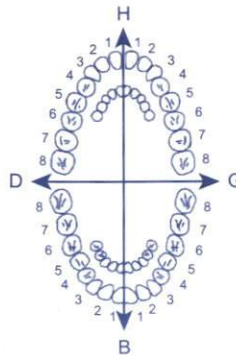
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d**

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					
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX			
				<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 L'EXECUTION



Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal Mamou  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le 10.01.22

Amé Hnine chamsabhe

Faire SP soins locaux

paroi thoracique gauche

un jour 12

06/02/2022 13:10

Reçu

# **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965**  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 78236

**Paiement du 06/02/2022 13h04**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : **MIFTAH EL HASSANI MOHAMED** Le 06/02/2022

**CENTRE INTERNATIONAL  
D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme HNINE  
CHAMSDOHA  
DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965  
COC22A11104514**



**Reçu N°: 77914**

**Paiement du 02/02/2022 15h09**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

31/01/2022 14:22

Reçu

# **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965**  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 77568

**Paiement du 31/01/2022 14h17**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : **MIFTAH EL HASSANI MOHAMED** Le 31/01/2022

29/01/2022 08:47

Reçu

# **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965**  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 77380

**Paiement du 29/01/2022 08h43**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : OUYOUSSEF FATIMA ZAHRA Le 21

25/01/2022 10:14

Reçu

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

**NOM DU PATIENT :** Mme HNINE CHAMSDOHA  
**DATE DE NAISSANCE :** 19/11/1965  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 76790

**Paiement du 25/01/2022 10h10**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : **MIFTAH EL HASSANI MOHAMED** Le 2



23/01/2022 12:30

Reçu

## CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA  
DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965  
COC22A11104514



Reçu N°: 76555

Paiement du 23/01/2022 12h27

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 23/01/2022

21/01/2022 10:16

Reçu

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

**NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965**  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 76382

**Paiement du 21/01/2022 10h13**

<b>Actes</b>	
<b>Montant</b>	<b>100,00 D</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>Espèce</b>

Imprimé par : OUYOUSSEF FATIMA ZAHRA Le 21

19/01/2022 10:07

Reçu

## CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA  
DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965  
COC22A11104514



Reçu N°: 76078

Paiement du 19/01/2022 10h04

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 19/01/2022

17/01/2022 10:31

Reçu

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

**NOM DU PATIENT :** Mme HNINE CHAMSDOHA  
**DATE DE NAISSANCE :** 19/11/1965  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 75774

**Paiement du 17/01/2022 10h28**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : **MIFTAH EL HASSANI MOHAMED** Le 17

15/01/2022 11:48

Reçu

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

**NOM DU PATIENT :** Mme HNINE CHAMSDOHA  
**DATE DE NAISSANCE :** 19/11/1965  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 75688

**Paiement du 15/01/2022 11h46**

<b>Actes</b>	
<b>Montant</b>	<b>100,00 D</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>Espèce</b>

Imprimé par : OUYOUSSEF FATIMA ZAHRA Le 1.



11/01/2022 10:49

Reçu

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

**NOM DU PATIENT :** Mme HNINE CHAMSDOHA  
**DATE DE NAISSANCE :** 19/11/1965  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 75136

**Paiement du 11/01/2022 10h46**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : **MIFTAH EL HASSANI MOHAMED** Le 11/01/2022

13/01/2022 11:20

Reçu

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

**NOM DU PATIENT :** Mme HNINE CHAMSDOHA  
**DATE DE NAISSANCE :** 19/11/1965  
**COC22A11104514**



Reçu N°: 75415

**Paiement du 13/01/2022 11h18**

**Actes**

**Montant**

**100,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 1.

# CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 06-02-2022

Facture N° 00916/22

## A. Identification

N° Dossier : COC22A11104514

N° Identifiant : 019289

Nom & Prénom : Mme HNINE CHAMSDOHA

C.I.N : BE490793

Adresse : LISSASFA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-01-2022

Date Sortie : 06-02-2022

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
12	PANSEMENT (GRAND)		100,00			1 200,00
Total Rubrique :						<b>1 200,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>1 200,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS			<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>1 200,00</b>

