

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OMAOUR ABDELLAZZAK

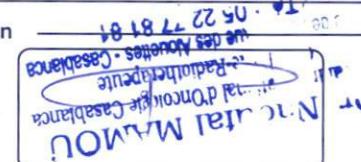
Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : 0 T 121 11A9 5 FATEH V ECO ULLFA
CASABLANCA

Tél. : 0668170416 Total des frais engagés : 1210,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2019

Nom et prénom du malade : HINNE Chalidchach

Age: 56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie Mammaire

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 : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1 through 8 on each side of the midline). Landmarks are indicated: **D** is a horizontal arrow pointing left, **H** is a vertical arrow pointing up, and **B** is a vertical arrow pointing down. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with the midline at the top and bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 10.01.22

Nne Hnne chamsdhe

Faire 8N soins locaux

Paroi thoracique gauche

un jour 12

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

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 à 13h04

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'ONCOI CASABLANCA

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



Reçu N°: 77568

Palement du 31/01/2022 14h17

Actes

Montant	100,00 Dh
Type de palement	Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 3

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 21/01/2022 à 08h43

25/01/2022 10:14

Reçu

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCO 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

Palement du 23/01/2022 12h27

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de palement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 23/01/2022 à 12h27

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

Actes

Montant

100,00 D

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : OUYOUSSEF FATIMA ZAHRA Le 2

19/01/2022 10:07

Reçu

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA
DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965
COCC22A11104514



Reçu N°: 76078

Palement du 19/01/2022 10h04

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de palement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 19/01/2022 10h04

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

Palement du 17/01/2022 10h28

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de palement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 1°

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

Actes	
Montant	100,00 D
Type de paiement	Espèce

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 1-

13/01/2022 11:20

Reçu

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

NOM DU PATIENT : Mme HNINE CHAMSDOHA
DATE DE NAISSANCE : 19/11/1965
COCC22A11104514



Reçu N°: 75415

Palement du 13/01/2022 11h18

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de palement

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

Traitements :

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

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

Cachet et Signature

