

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 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

M22- N° 002068

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 927 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUCHOUKA Mohammed  
 Date de naissance : 23/06/1948  
 Adresse : 310 Bd Zerkouni Casablanca  
 Tél. : 06 00 521 678 Total des frais engagés : 5.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur HADDANI SALAH  
 Médecin Anesthésiste Réanimateur  
 INPE: 091070466  
 Date de consultation : 15/10/2022  
 Nom et prénom du malade : KHASSI FATIHA  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur du sein  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 23/11/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
18.10.22		03	300,00	<b>Docteur HADDAD SALAH</b> Médecin Anesthésiste Réanimateur INPE: 091070466

# 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
<b>Centre d'Oncologie d'Alouettes</b> Rue de l'Indépendance 8182 Alouettes - Cap-Haïtien Tél: 0522 778 181	18.10.22	ECG	200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

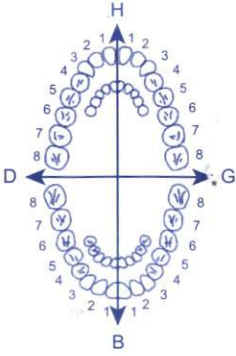
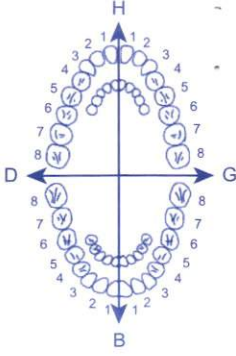
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de l'ODF.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

## CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 18-10-2022

Facture N° 28787/22

**A. Identification**

N° Dossier : COC22J18114623

N° Identifiant : 031705

**Nom & Prénom : Mme KHAFIF FATIHA**

C.I.N : I138525

Adresse : adresse

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE :

Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 18-10-2022

Date Sortie : 18-10-2022

Médecin traitant : DR. HADDANI SALAH

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	ECG		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES ANESTHESISTES</b>						
1	DR. HADDANI SALAH (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
TOTAL GENERAL						500,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

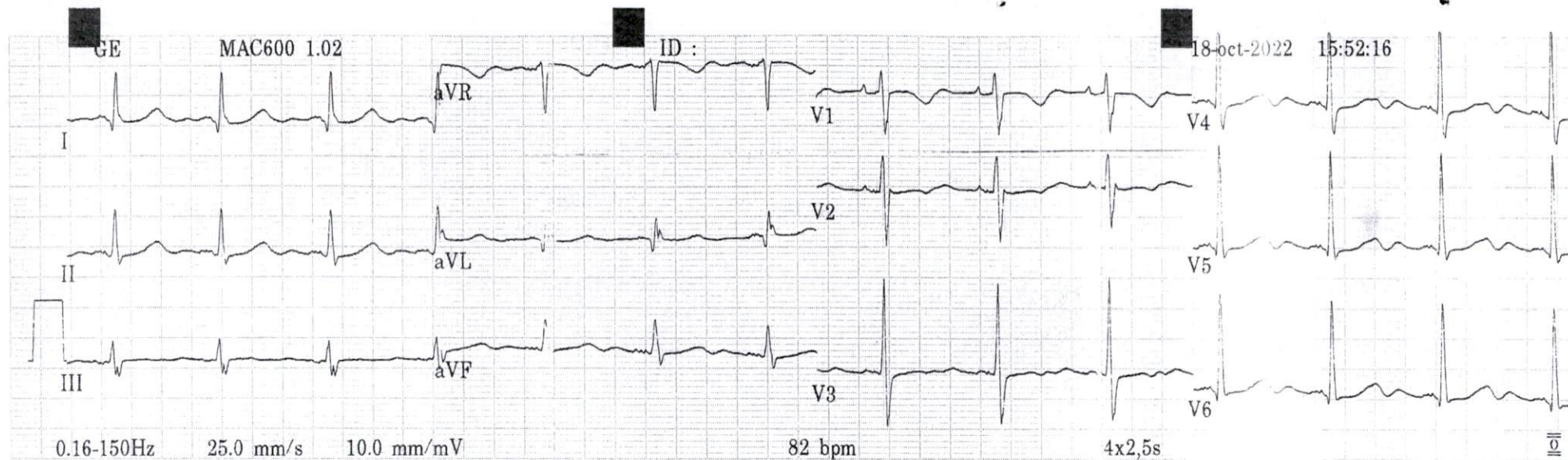
CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Centre International  
d'Oncologie de Casablanca  
Route de l'Oasis, Rue des  
Alouettes - Casablanca  
Tél : 0522 77 81 81





ID :

Fréq. ventr. 82 bpm  
Durée QRS 84 ms  
QT/QTc 402/469 ms  
Intervalle PR 122 ms  
Durée P 116 ms  
Intervalle RR 731 ms  
Axes P-R-T 22 32 26

MAC600 1.02

12SL™ v239

Rythme sinusal normal  
QT allongé  
ECG anormal

KHAGI  
PATINA

Se: 18/10/2022  
13h.30.

MAC600 1.02

12SL™ v239

18/10/2022 12:52

Reçu

# **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCO CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme KHAFIF FATIHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 01/07/1965**  
**COC22J18114623**



**Reçu N°: 108006**

**Paiement du 18/10/2022 12h49**

**Actes**

**Montant**

**200,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

**Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 18**

18/10/2022 11:51

Reçu

# **CENTRE INTERNATIONAL D'ONCO CASABLANCA**

**NOM DU PATIENT : Mme KHAFIF FATIHA**  
**DATE DE NAISSANCE : 01/07/1965**  
**COC22J18114623**



Reçu N°: 107978

**Paiement du 18/10/2022 11h47**

**Actes**

**Montant**

**300,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : **MIFTAH EL HASSANI MOHAMED** Le 18