

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 927 Société : RAM 138449
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BOUCHOURKA MOHAMMED
 Date de naissance : 23/06/1948
 Adresse : 310 Bd Zerktouni Casablanca
 Tél. : 06.00.5.21.678 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Docteur HADDANI SALAH
 Médecin Anesthésiste Réanimateur
 INPE: 091070466

Date de consultation : 18/10/2022
 Nom et prénom du malade : KHAFIF PATIHA SALAH
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Tumeur du
 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 : Le : 03/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Patih

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
18.10.21	Co	300,00		Docteur HADDAD ALAH Médecin Anesthésiste Réanimateur INPE: 091070466

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre Interhospitalier d'Oncologie de la Route de l'Asie, Alouettes - Capoulonge Télé: 0522 78 10 10	18.10.21	ECG	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS		
FIN D'EXECUTION						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS	
	H	25533412 00000000 35533411	G			
	21433552 00000000 11433553					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE 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

Médecin traitant : DR . HADDANI SALAH

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-10-2022

Date Sortie : 18-10-2022

Traitements :

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

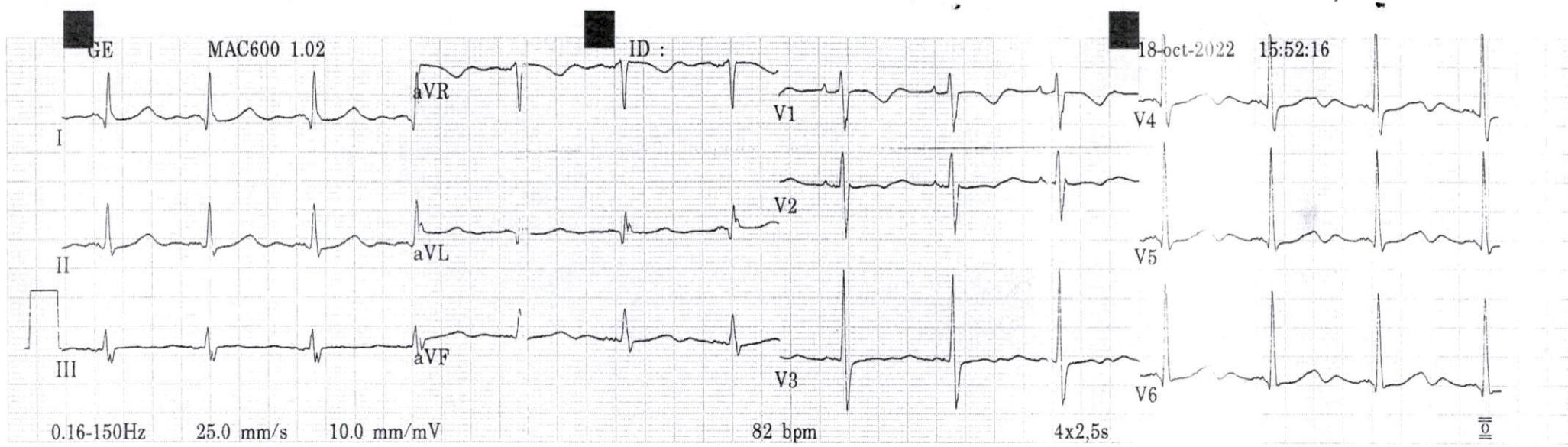
Arrêté la présente facture à la somme de :

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 - Casablanca
Alouette - 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

KHAFIS
FATIMA

Se: 18/10/2022

13h30

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