

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0038122

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : D.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD
 Date de naissance : 22/11/1949
 Adresse : Résidence OCEAN PARK - Imm 8 APP 3
 DAR BOUZZA - CASABLANCA
 Tél : 0661 10 24 84 Total des frais engagés : 180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/2/23
 Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SAAD Age : 73

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

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : 3/3/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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
16/02/23	CS			Dr. MOHAMMAD YACHOUCHI CLINIQUE D'ONCOLOGIE 22, Avenue Ahmed Boudiaf - Rabat Tél : 212 (5) 37 67 17 11 - 212 (5) 37 67 29 29 INPE : 100165965

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
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 22, Avenue Ahmed Boudiaf - Rabat Tél : 05 37 67 15 44 - Fax : 05 37 67 29 29 INPE : 100165965	16/02/23	Radiologie	1800H

AUXILIAIRES MEDICAUX

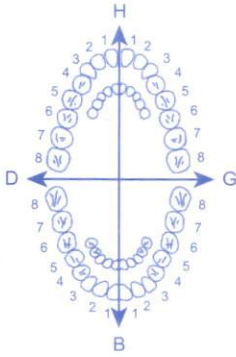
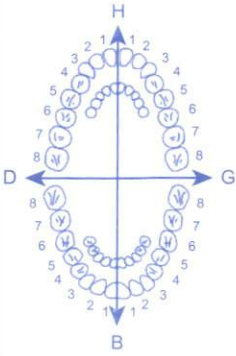
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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 <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



CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

16/11/2023

M. Chraïbi Saad

Jeune S.V.P.

Radio Thorax

DR. MEUNIER BACHROUCH
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
Tél.: +212 (0) 37 67 17 17 / Fax: +212 (0) 37 66 41 66
INPE : 101016905

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej - Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax: 05 37 67 29 29
ICE: 001691055000094 - INPE: 10006366

+212 (5) 37 67 17 17
+212 (5) 37 67 29 29

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
clinique@co16.ma

RIB BP : 181 810 2121100580490017 09 - PATENTE : 25907010 - IF : 24941127 - ICE : 001691055000094 - RC : 127915
CNSS : 5718872 - INPE : 100063668

RABAT Le 16/02/2023

Nom et Prénom : Mr. CHRAIBI Saad

Médecin traitant : Dr M. BACHOUCHI

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE FACE

- Respect de la transparence parenchymateuse pulmonaire.
- Absence d'épanchement pleural.
- Respect de la silhouette cardio-médiastinale.
- Cathéter de voie veineuse centrale en place.

Dr F. BENCHAKROUN

Dr. F. BENCHAKROUN
CLINIQUE D'ONCOLOGIE
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
L.D. : 2019
Tél: +212 (5) 37 67 17 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29

+212 (5) 37 67 17 17

+212 (5) 37 67 29 29

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat

clinique@co16.ma

RIB BP : 181 810 2121100580490017 09 - PATENTE : 25907010 - IF : 24941127 - ICE : 0016910550000094 - RC : 127915
CNSS : 5718872 - INPE : 100063668

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41
FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

F A C T U R E

N° : 4111 / 2023 du 16/02/2023

Nom patient **CHRAIBI SAAD**
PAYANT

Entrée 16/02/2023

Sortie 16/02/2023

RADIOLOGIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIOGRAPHIE PULMONAIRE FACE	1.00	K	180.00	180.00
			<i>Sous-Total</i>	180.00
Total Clinique				180.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	180.00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		

Compte bancaire : BANQUE POPULAIRE - RABAT 181 810 21211 0058049 001 7 09

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tél : 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 - INPE : 100063668