

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0005747

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928 Société : 131265

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELABED HALIMA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : BOULEVARD K. DU 156 N° 18 EL ANASSER COCOTTE

Tel. : 0602221153 / 0522205595 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : AL AMINE CASABLANCA

Date de consultation : 18/09/2022

Nom et prénom du malade : Belabed Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension TAG 210/120

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 :

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
18/09/22	Hosp Medical		1000 dh	
	22 New Fracture			

[illegible][illegible][illegible]

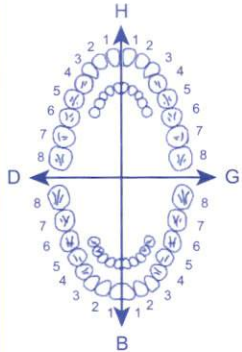
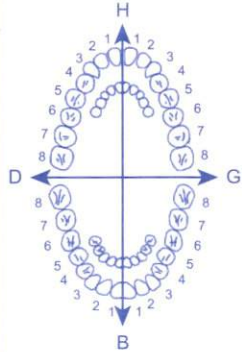
[REDACTED]

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION		
					FIN D'EXECUTION	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
						DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
--	---

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohammed SADIQ
Anesthésiste - Réanimateur
Prise en Charge de la Douleur
Ex. Enseignant à la Faculté
de Medecine de Casablanca



الدكتور محمد صادق
إختصاصي في التخدير و الإنعاش
و معالجة الألم
أستاذ (سابقا) بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 18. 9. 2022 .

Mme Belabed Fatima

Patiente admise en urgence pour
urgence hypertensive TA à 210/120
avec céphalées, Troubles de l'équilibre.
à J4 d'une arthroscopie de la cheville.

Dr. Mohammed SADIQ
Clinique Al Anwar Pain Center
Soins Intensifs et Palliatifs
Prise en Charge de la Douleur
IPE: 91122572

CLINIQUE AL ANWAR
73, Angle Rue Ibn Jaljal &
Abou Marouane Abdelmalek
Tél.: 0522 86 36 36
Fax: 0522 86 05 30

CLINIQUE AL AMINE

MEDICO - CHIRURGICALE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 18/09/2022 Heure 14:53

Nom et Prénom du patient MmeBELABED HALIMA

Age ou Date Naissance 0 - 01/01/1952

N° Cin du patient ou du tuteur B38287

Adresse EL OULFA GROUPE K RUE 156 NI 18 CASA

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant SADIQ

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

Motif d'hospitalisation DIVERS

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 18/09/2022

Heure 14:54

Durée d'hospitalisation (jours) 0,00

Nom et prénom du signataire

Signature



مصحة الأمين
Clinique Al Amine

Casablanca le

F A C T U R E

N° : F

205 / 2022 du 18/09/2022

Médecin traitant : DR. SADIQ

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme BELABED HALIMA	Payant	18/09/22 18/09/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SEJOUR NORMAL		1,00	700,00	700,00
			Sous/Total	700,00
			Total clinique	700,00

DR. SADIQ (reanimateur/anesth)	V2	1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
			Total autres prestations	300,00

Arrêtée à la somme de :
MILLE DIRHAMS

TOTAL GENERAL 1 000,00

Encaissé espèce.	Encaissé chèque	Total	Solde
1 000,00		1 000,00	

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
Tél. 05 22 86 36 36
Fax 05 22 86 05 30

Le : 28/09/2022 14:56

Références

205 / Payant

N° 37345

Entrée / Sortie : 18/09/2021 - 18/09/2022

Le Docteur **SADIQ**

présente à **Mme BELABED HALIMA**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Docteur Mohamed SADIQ
Anesthésiologie & Réanimation
Clinique AL AMINE Casablanca

Cachet et signature