

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

- 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 - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° P19- 067569

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2553 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : HAJAR Lachab

Date de naissance : 12/19/45

Adresse : 53, Nakhalad Alami, Ben Dan Nakhal

Maroc, Casablanca

Tél : 0668 376320 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benhachem EL HARRANI Lachab Age:

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

Nature de la maladie : Affection Cardio vasculaire

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 : 9 / 4 / 2023

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
10/03/2023	TM		600,-	
01/03/23	C		G	

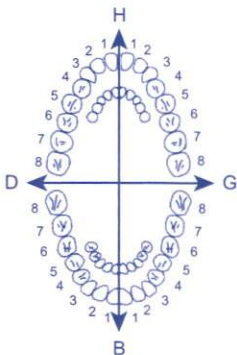
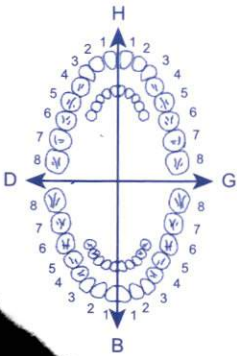
[illegible][illegible][illegible]

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 <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

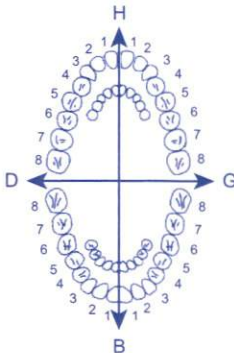
PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	D	G
	00000000 35533411	00000000 11433553
	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire
Chirurgie Endovasculaire
Phlébologie (VARICES)
Traitement par laser & Radio fréquence



الدكتور فؤاد الوردي

جراح سابقا بمستشفيات رين بفرنسا
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين
فليبولوجيا (الدوالي)
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

Casablanca le :

Reulardiel
LADRAH

7/3/23

76 ans


Ito importante

FEV

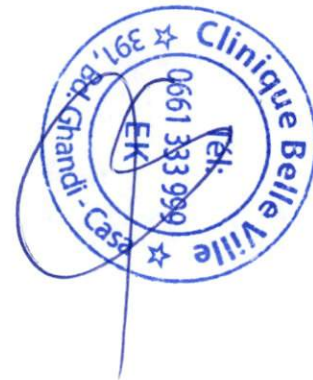
Coronary tree

inique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca
BE

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT DATE DE NAISSANCE : 17/09/1945		Sejour : Du 10/03/2023 au 10/03/2023
		
Reçu N°: 10125		
Paiement du 10/03/2023 09h13		
Actes		
Montant		600,00 Dh
Type de paiement		Espèce

Imprimé par : ELDAHBI KHADIJA Le 10/03/2023 09h13



CIH BANK

DH # 5400,00 #

PAYEZ CONTRE CE CHEQUE

Cinq mille quatre cent cinquante #
Somme en toutes lettres
المبلغ مئينا بالآحرف

A L'ORDRE DE

Clinique Belle Ville

PAYABLE A

CASA CALAIS
27, RUE EL HOUDHOUD (EX RUE DE CALAIS)
CASABLANCA
05 22 48 12 71

يؤدى في

COMPTE رقم الحساب

Casa

في
LE

20/03/2023

9055609 2110 044 00
MME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT

SIGNATURE

التوقيع

[Signature]

TCB 3172231

Chèque Série

N°

LA SIGNATURE NE DOIT PAS ATTEINDRE LA ZONE CI-DESSOUS

يجب ألا يصل التوقيع إلى الحيز الموجود أسفله

000003172231423073019055609211004400015



CASABLANCA, Le 27/03/2023



Etablissement : CLINIQUE BELLE VILLE
391 BD GHANDI
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

Code Etab. : 090064130

: Accord de Prise en charge

: **BENHACHEM EL HARROUN LADRAT**

Matriculation : **44076025**

Praticien : **BENHACHEM EL HARROUN LADRAT**

Du la Prise en charge : **79688270** Du 10/03/2023

Référence Décompte : **20230327CN1053010**

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous prions de trouver ci-après notre accord de prise en charge pour les actes suivants :

Acte	Soins	Tarif Réf.	Coef	Qté	TxRO %	Part CNOPS	Part assuré
	10/03/2023	6000,00	1	1	90	5400,00	600,00
Total						5400,00	600,00

JOindre AU DOSSIER DE FACTURATION : COMPTE RENDU+CD DE LA CORONOGRAPHIE

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Je vous prie de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS
10, Rue Al Khalil, B.P.209 - 10000, Rabat - Tél Centre d'Appels : 05 38 00 20 20 - Fax : 05 38 70 64 71