

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

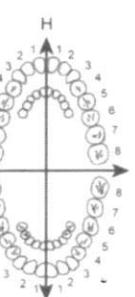
N° W21-604668

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 08618	Société : CasaAero	A 2187X	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NABIL
Nom & Prénom : BELEMLIH			
Date de naissance : 02/10/1971			
Adresse : HABITUEL			
Tél. : 0661627507	Total des frais engagés : 470,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 J. VINTA MOHAMED BELEMLIH CARDIOLOGUE CLINIQUE INTERNATIONALE AL BADIE 101254290			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant HIA + Dr belkacem II			
Nature de la maladie :			
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.			
 Belkacem Nabil Age: 52			
 J. VINTA MOHAMED BELEMLIH Le: 16 AOÛT 2023			
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 : 16 AOÛT 2023			
Signature de l'adhérent(e) :			

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 Paiement des Actes		
13/11/23	CE	G		INP : .. DINIA MOHAMEL CARDIOLOGUE LINIQUE INTERNATIONALE AL BADIE 101254290		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
PHARMACIE ZIRAOUI Dr. BRIGHI Maria 236, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca Tél: 07 00 89 90 19	13/11/23	670.110				
		INPE 092058460				
ANALYSES - RADIOPHYSIQUES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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												
				INP : <input type="text"/>												
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">B</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



المصحة الدولية البحرينية

CLINIQUE INTERNATIONALE AL BADIE

Fès le, 13.7.23

Médecin Traitant :

Nom & Prénom :

98.10 x 3.

①

Cosyrel

1's

815 mg

1cp / jour

30.70 x 3

②

Keride gic

1's

P92058460

1 sachet / jour

28.00 x 3.

③

ghraph ggl

1's

PHARMACIE ZIRAOUI
Dr. HIRCHI Maria
236, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca
Tél: 07 00 89 90 19

1cp / jour

T = 470.40 tkt de 3neis



28,00 28,00 28,00