

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



Déclaration de Maladie

N° W21-604668

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08618 Société : Casa Aero

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELEMLIH NABIL

Date de naissance : 02/10/1971

Adresse : HABITUEL

Tél. : 0661627507 Total des frais engagés : 470,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. UNIA MOHAMED CLINIQUE INTERNATIONAL AL BADIE 101254290

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Belemlih Nabil Age : 52

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

Nature de la maladie : HTA + diabète

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 : 02/10/2023

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
12/7/23	CS	G		INP : D. DINIA MOHAMEL CARDIOLOGUE CLINIQUE INTERNATIONALE AL BADIO 101254290

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZIRAQUI Dr. BRICHI Maria 236, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca Tél: 07 00 89 90 19	13/11/23	470.110

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

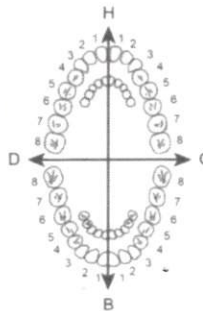
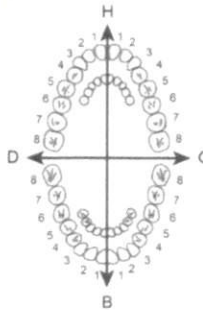
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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

CIB

المصحة الدولية البديع

CLINIQUE INTERNATIONALE AL BADIE

Fès le, 13/7/23

Médecin Traitant :

Nom & Prénom :

98.10 x 3.

(1)

cosyrel

1/3

Beboulh

1cp / jour

30.70 x 3

(2)

Kerde gic

1/3

INPE
092058460

1 sachet / jour

28.00 x 3.

(3)

glucoph agl

1/3

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

1cp / jour

T = 470.40 ht de 3 mois

Dr. DINIA WUHAMIEL
CARDIOLOGUE
CLINIQUE INTERNATIONALE
AL BADIE
101254290

Servier Maroc - Casablanca
PPV : 98.10 DH
30 comprimés pelliculés sécables
COSYREL 5mg/5mg
LOT : 23E003
PER.01 2025
14011057

Servier Maroc - Casablanca
PPV : 98.10 DH
30 comprimés pelliculés sécables
COSYREL 5mg/5mg
LOT : 23E003
PER.01 2025
14011057

PRENDRE LES DOSES PRESCRITES
Servier Maroc - Casablanca
PPV : 98.10 DH
30 comprimés pelliculés sécables
COSYREL 5mg/5mg
LOT : 23E003
PER.01 2025
14011057

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 23E003
PER.01 2025
118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 23E003
PER.01 2025
118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 23E003
PER.01 2025
118000 061847

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
118000 081333

28,00

28,00

28,00