

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.



Declaration de Maladie

N° W21-826460

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08618 Société : Case Aero

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELEMLIH NABIL

Date de naissance : 02/10/1971

Adresse : Habituel

Tél. : 0661627507 Total des frais engagés : 552,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/2023

Nom et prénom du malade : M. Belenli 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 : 13/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

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 - 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
11/10/23	G		G	INF: 810212574230 Dr. DINIA MOHAMED CARDIOLOGUE CLINIQUE INTERNATIONALE AL BADIE 101254290

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZIRAOU Dr. HIRCHI Maria 236. Bd. Ziraoui N°10 - Casablanca Tel: 05 22 29 55 83	12/10/2023	552,20 109890780

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

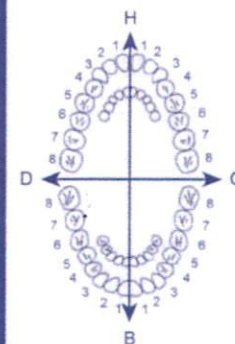
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

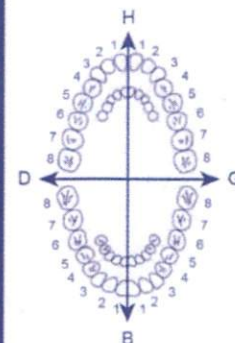
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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, 11/10/2023

Médecin Traitant :

Nom & Prénom : Dr Belenli h Nabil

①
$$\begin{array}{r} 3 \times 98,10 \\ \hline 294,30 \end{array}$$

cosyrel 5mg / 5mg
1 - 0 - 0

②
$$\begin{array}{r} 3 \times 30 \\ \hline 90 \end{array}$$

Kardegic 75mg
0 - 1 - 0

③

$$\begin{array}{r} 6 \times 28 \\ \hline 168 \end{array}$$

Glycophage 1000mg
1 - 0 - 1

Total: 552,30

Traitement de 3 mois

Dr. DINIA MOHAMEL
CARDIOLOGUE
CLINIQUE INTERNATIONALE
AL BADIE

Servier Maroc - Casablanca
PPV : 98.10 DH
30 comprimés pelliculés sécables
COSYREL 5mg/5mg
6 118001130269
14011057

Servier Maroc - Casablanca
PPV : 98.10 DH
30 comprimés pelliculés sécables
COSYREL 5mg/5mg
6 118001130269
14011057

Servier Maroc - Casablanca
PPV : 98.10 DH
30 comprimés pelliculés sécables
COSYREL 5mg/5mg
6 118001130269
14011057

LOT : 23E007
PER : 04 2025
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000061847

LOT : 23E002
PER : 10 2024
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000061847

LOT : 23E006
PER : 03 2025
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000061847

28,00

28,00

28,00

28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000081333

28,00

28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000081333