

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M20- 0001686

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4748 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DOUTABAË CHAKIB 203560
 Date de naissance : 30-04-56
 Adresse : Lotissement N°81 OTM 9 APA 4
 Tél. : 0664170568 Total des frais engagés : 1982,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/03/2014
 Nom et prénom du malade : DOUTABAË CHAKIB Age: 67
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : cardiopathie Ischémique
 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 : Marrakech Le : 19/03/2014
 Signature de l'adhérent(e) :
 Signature du médecin :
 MUPRAS

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-01686

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4748
 Nom de l'adhérent(e) : DOUTABAË CHAKIB
 Total des frais engagés : 1982,70
 Date de dépôt : 19/03/2014

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DAAGARE IBTIHALE Pharmacie IBN AATIA Derb Mederssa n°1 AKIOD INP: 072059868 05 24 43 27 77	19/03/2024	1982.70

[illegible][illegible]

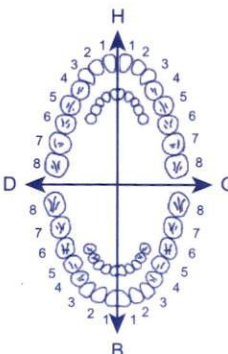
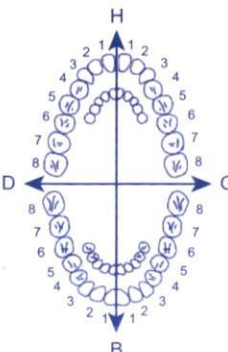
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

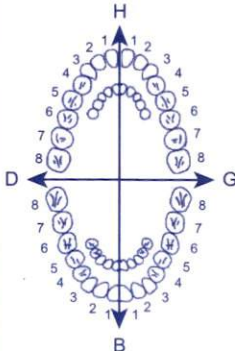
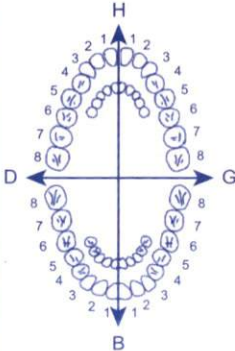
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
					Coefficient DES TRAVAUX														
					Montants des soins														
					Debut d'exécution														
					Fin d'exécution														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><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></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
					Montants des soins														
				Date du devis															
				Date de l'exécution															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

Groupe CIM Santé - Casablanca

HPIC

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA

D

AI Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
AI Sidi Berroussi, Casablanca
BE BRILLIQUE 90 MG CP PELL
C/ B60

PPV : 918,00 DH

TE 118001 184583
FA 118001 184583

Cardioaspirine 100 mg/30cps
I Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



PPV: 208DH00



6 118001 170807



6118001030309

TAREG 160 mg

2 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

ONCOLOGIE

PEDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE

PNEUMOLOGIE

RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE

SERVICE CONSULTATIONS

SERVICE PRISE EN CHARGE

SERVICE FACTURATION

Casablanca, le : 19/03/24

Dontabaa chatib

918,00
1 - Brilique 90mg

27,70 1cp x 2j

2 - Cardioaspirine 100mg

208,00 1cpj

3 - Valeur 80mg

208,00 1cpj

4 - Farxiga 10mg

180,30 1cpj

5 - Tareg 160mg

137,20 1cpj matin

6 - Vestrel 30mg

92,50 1cpj x 2j

7 - Oedex 20mg

1982,70

Dr. DAAGARE IBT
Pharmacie IBN
Derb Medjessan
CONTACT: 0720
05 20 07

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Berroussi, Casablanca
Folixiga 10 mg cp peli b28
P.P.V. : 419,00 DH

6 118001 185023

LOT 230642
EXP 09/2025
PPV

COOPER PHARMA
PPV: 92,50 DH



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

Groupe CIM Santé - Casablanca

HPIC

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

مصحّة متعددة الاختصاصات

Casablanca, le :

Le 20/03/2024

CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE DE LONGUE DUREE

Je soussigné certifie que Mr DOUTABAA Chakib est atteint d'une maladie cardiovasculaire chronique (cardiopathie ischémique) nécessitant un suivi régulier et un traitement au long cours.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir et servir ce que de droit

Dr. Ismail Ismail
Cardiologue
Spécialiste en Cardiologie
Interventionnelle et maladies vasculaires
Hôpital Privé International de Casablanca
Angle Bd Bir Anzarane et Abou Ishak Shirazi
et Rue Ben Jilali - Quartier Maarif Casablanca
Tél: 06 13 09 05 40 - 06 13 08 94 6

Hôpital Privé International de Casablanca du groupe CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE BEN JILALI, QUARTIER MAARIF - CASABLANCA

Tél.: 05 22 05 40 40 - Fax : 05 22 05 40 41 - Email : contact.hplic@cimsante.com - ICE : 002924279000042

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **DOUABAA CHAKIB**

Matricule : **4748**

N° CIN : **B33572**

Adresse : **Logement N°11 1111 APP 4 AL ALAL EL FASSI
MARRAKECH**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D^r ISMAIL ISMAIL** Spécialité : **Cardiologie**

N° ICE :

N° INPE : **061308946**

Certifie que Mlle, Mine, M. : **DOUABAA CHAKIB**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**DNID, HTA,
Succès d'ATC de l'artère interventriculaire antérieure proximale occulter
et d'ATC de la partie proximale et distale de la hémisphère marginale occulter**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Bêta 50 mg / Cardisoprilong / Toha 2 mg / Forsigo 10 mg / Tareg 16 mg
Voshrel 36 mg, odes 20 mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **10/03/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Ismail Ismail
Cardiologue
Spécialiste en Cardiologie
Interventionnelle structurelle et maladies vasculaires
Hôpital Privé International de Casablanca
Angle 8d. Bir Anzerane et Abu Ishak Shirazi
et Rue Ben Jilali Quartier Maarif Casablanca
Tél: 06 61 69 76 17 / 05 22 05 40 40
INPE: 061308946

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées