

## 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

PC N° W21-782654

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

146077

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 : H. 261 rue

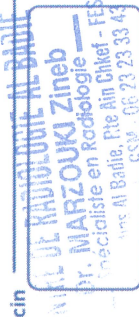
Tél. : 0661627507

Total des frais engagés : 5000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : Bellemlih Nabil

Age : 52

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Dyslipopémie + 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 : Casa

Le : 20/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-782654

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

Matricule : 08618

Nom de l'adhérent(e) : NABIL

Total des frais engagés : 5000,00

Date de dépôt : 20/01/2023

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>B</td> </tr> </table>		D	25533412	G		21433552			00000000			00000000			35533411	B	
D	25533412	G																
	21433552																	
	00000000																	
	00000000																	
	35533411	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

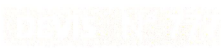
**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

[illegible][illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

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

CLINIQUE INTERNATIONALE AL BADIE SARL AU



Identification	Organisme : <b>PAYANT MUPRAS</b> Diagnostic :
Nom & Prénom : <b>BELEMLIH NABIL</b> C.I.N. : <b>BE582017</b>	

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
COROSCANNER ADULTE		1	5000			5 000,00
Sous Total						5 000,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE						5 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>CINQ MILLE DIRHAMS</b>						<b>TOTAL GENERAL 5 000,00</b>

NB:

**CIB Clinique Internationale**  
**AL Badie**  
Lot 355 Jorjhe el Badie Rte Ain Chkef - FES  
Tél: 33 55 77 15 0540 - ICE 002597163000033  
Sce Prise en Charge



Le 16/01/2023

Demande de prise  
en charge pour Coroscaner

M. BEHEMLIH NABIL  
DDN: 02/10/1971

Re: 52 ans, Diabète, HTA, dyslipidémie  
présente des douleurs Thoraciques  
suspectes. ECG et ETT ne retrouvent  
pas d'anomalies.

CENTRE DE RADIOLOGIE AL BADIE  
Dr. MARZOUKI Zineb  
www.cibmaroc.com