

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



Déclaration de Maladie

N° W21-728633

Par courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 191	Société : 55798		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUALADA M'HAMED			
Date de naissance : 1931			
Adresse : 25 Rue Medina n° 12 Hassan - Rabat			
Tél. : 0537205147	Total des frais engagés 972,60 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Abdellah OULADA M'HAMED Radiologie Interne et Clinique Hassan II			
Date de consultation : 09/09/2022			
Nom et prénom du malade : OUALADA M'HAMED			
Age : 81			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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.			

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 : **PARIS**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **09/09/2022**

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-728633	
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 : 191	Nom de l'adhérent(e) : OUALADA M'HAMED
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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 Palement des Actes
01/01/2012	Consultation de Cardiologie	3	3000	INP : 11010951122
01/01/2012	Consultation de Cardiologie	3	3000	
01/01/2012	Consultation de Cardiologie	3	3000	

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	28533412 00000000	G	21433552 00000000
	D	00000000 38533411	B	00000000 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			
				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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PH SAWMAAT HASSAN
MR YAIEB BOUZIRI
1 RUE RIAD HASSAN
RABAT**

HAJ OULADA

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

Nº ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

Le : 12/09/2022

FACTURE N°: 6288

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	ANGINIB 50MG /28 CP	80,00	7	240,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	KARDEGIC 75MG/30 SACHETS	30,70	7	92,10

TVA 7%: **21,73** **Total :** **672,60**

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SIX CENT SOIXANTE DOUZE DIRHAMS ET SOIXANTE CTS



ج.م.د. سالم حسن
Pharmacie SAWMAAT Hassan
Tajeb BOUZIRI
Place de l'Université Africaine - Rabat
Tél.: 0527 72 02 50

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg · O
Boîte de 30 comprimés
PPV 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

POLYCLINIQUE RABAT BELVÉDÈRE



le 9/9/2022

Mr OULADA T'HAMED

~~800 X 2
240 P~~

① Anginib 50 comp M&H

② Kardegic 75 mg Bct midi

~~30 X 3
92 P~~

③ Hyperium 1 mg ACR Soir

~~113 X 3
340 P~~

682,60

Docteur A. LOJAL
Cardiologue
Spécialiste en Cardiologie Interventionnelle
Polyclinique Rabat Belvédère
Av Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
INP : 101098222

محلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50

3 Sois

محلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan

Centre Cardiologique de Rabat

Place de l'Unité Africaine - Rabat

Tél. 05 37 72 02 50 - 05 37 77 84 84 - Fax: 05 37 77 83 83

Email: pec@cliniquebelvedere.ma / contact@cliniquebelvedere.ma / administrateur@cliniquebelvedere.ma

Site Web: www.cliniquebelvedere.ma