

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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.

Une entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BENYASS ABDELHAFID

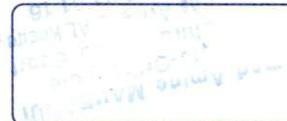
Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D 1 MAMNA 1 JADIDA  
SISSI OSMANE CASABLANCA

Tél. 062 189350 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

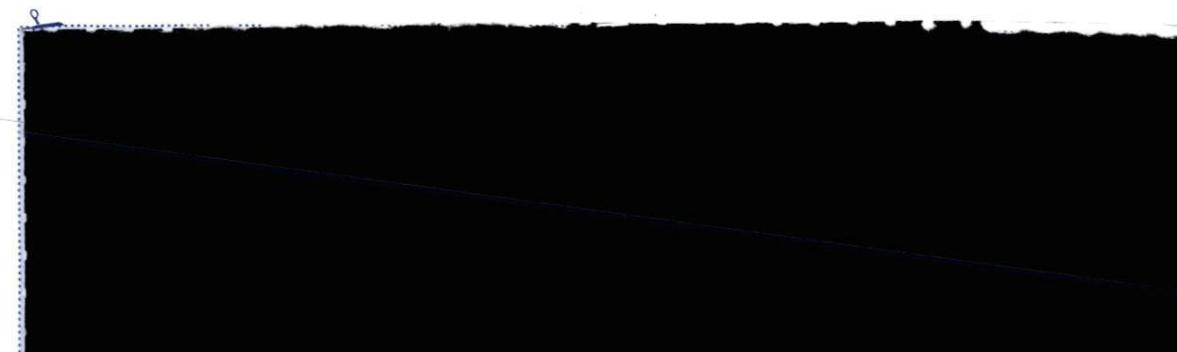
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Laboratoire Al Madina</i>  <i>Laboratoire Al Madina</i>  <i>C. ANALYST</i>  <i>15, Bd Al Madina</i>  <i>77000 DAHREDDINE</i></p>	<i>27.09.21</i>	<i>B500</i>	<i>540,00 D.H.</i>

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA  
Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)  
Fax : 0522 40.40.10  
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com



# مصحة بلڤدیر

150، شارع باحمداء - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)  
الفاكس : 0522 40.40.10  
البريد الإلكتروني : massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le 22/01/2011

نسمة BEN YASS - ADDELHAFID

15 C 8 2

2

Y

Dr. Mohamed Amine DAHREDDINE  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
30, Bd Abdelkader Sahaoui Casablanca  
Tél: 0522 72 06 42 GSM 06 60 71 51 82  
Casablanca Tél: 0522 61 01 01

Laboratoire Al Madina  
d'Analyses Médicales  
30, Bd Abdelkader Sahaoui Casablanca  
Tél: 0522 72 06 42 GSM 06 60 71 51 82  
Dr. H. DAHREDDINE

# LABORATOIRE AL MADINA D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر المدينة للتحاليل الطبية

Dr. Hajar DAHREDDINE

- Spécialiste en Analyses Médicales
- Doctorat en pharmacie
- D.E.S biologie clinique
- DU assurance qualité



د. هاجر ظهر الدين  
 - اختصاصية في التحاليل الطبية  
 - دكتوراة في أخصائية  
 - دبلوم علم الأحياء السريرية  
 - دبلوم الجودة في التحاليل الطبية

### Facture

N° facture 21-0532

N° Dossier : 210827-017

Date 27/08/2021

INPE:093063980

ICE:002740078000085

Mr BENYASS Abdelhafid

Code Acte	Designation Acte	Cotation
VITD	25-OH Vitamine D (D2 + D3)	400
CRP	C Réactive Protéine (CRP )	100
	Déplacement	
Total en B		500,00
Total en dirhams		540,00

Laboratoire Al Madina  
 d'Analyses Médicales  
 30, Bd Abdelkader Sahraoui Casablanca  
 100640 GSM : 06 60 71 51 82  
 DAHREDDINE

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent quarante dirhams\*\*\*