

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 048131

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8334

Société :

110461

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0662360713

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 :

Ablation Material d'ostéosynthèse

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/03/22	Ven Factu	2500,00		
	u-j-26			

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

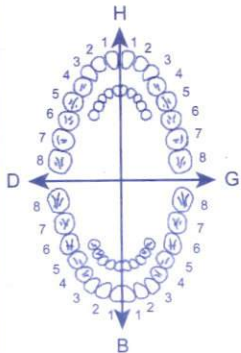
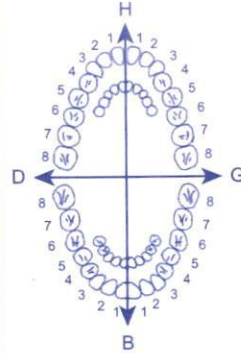
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OT

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél : 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 40.40.10

مصحة بلفير

150، شارع باحماد

الدار البيضاء

الهاتف : 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

فاكس : 40.40.10



Casablanca, le 08/03/2022

le Docteur MAHRAOUI

prie M. ETTAHALI MOHAMMED

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires
pour

1300,00

S'élevant à la somme de Dhs

Dr. Mohamed Amine MAHRAOUI
Traumatologie-Orthopédie
Arthroscopie-Chirurgie du Sport
105 BD 2 Mars Ras Arya AL Khair
Casablanca Tél: 95 22 81 81 18

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD
Casablanca

Tél : 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 40.40.10

مصحة بلفدير

150، شارع باحماد

الدار البيضاء

الهاتف : 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

فاكس : 40.40.10



Casablanca, le 08/03/2022 19

le Docteur CH. AB. HAMMEDI

prie M. ELTAHALI MOHAMMED

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires
pour

200,00

S'élevant à la somme de Dhs

Dr. CH. AB. HAMMEDI
ANESTHÉSISTE - REANIMATEUR
CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Bd. Bahmad (Belvédère)
Tél: 0521 40 40 40

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 بلقدير

150, شارع باحماد - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 0522 40.40.10

البريد الإلكتروني : massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Concernant M^r : ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance : 1955

Date d'intervention : 08/03/2022

Opérateur : DR MAHRAOUI « TRAUMATOLOGUE »

Anesthésiste Réanimateur : DR LAMHAMED CHERRADI AB

Indication :

- Ablation du matériel

l'arthroscopie (A10)

Intervention : - Son AC, DD, TO, AIB prophylaxie

- Injection aseptique des bourses

- Ablation des bourses

- Fermeture cutanée

- 2 st

Dr. Mohamed Amine MAHRAOUI
Titre :
Arthro :
105 BD
Casablanca 12150 ZZ 01 84 10
Sport :
Khan :

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 بلقدير

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

Casablanca, le

Le 08/03/2022



090002460

FACTURE N° 81/22 M

Nom/Prénom du Patient	Facture N°	PEC	Date d'entrée	Date de sortie
Mr ETTAHALI MOHAMED	81/22 M	PAYANT	08/03/2022	08/03/2022

Désignation des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant/DHS
SALLE D'OPERATION				1 000,00

DR MAHRAOUI TRAUMATOLOGUE				1 300,00
DR ANESTHESISTE REANIMATEUR				200,00
				2 500,00

TOTAL GENERAL :	2 500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de:	
DEUX MILLE CINQ CENT DHS.	

Mode de règlement :	ESPECES
---------------------	---------

PATENTE N°:31220185
R.C: CASABLANCA 59215
RIB : 007780000274200000006529

I.F: 01600426
ATTIJARIWafa BANK BELVEDERE Cpte N° 274 S 0000 65
ICE: 000084378000033

CNSS:2153279



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 بلقدير

150, شارع باحماد - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 0522 40.40.10

البريد الإلكتروني : massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le

08/03/2022

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

- *Nom / Prénom du Bénéficiaire* : Mr ETTAHALI MOHAMED
- *Lien avec l'adhérent* : LUI MEME
- *Date d'entrée* : 08/03/2022
- *Date de sortie* : 08/03/2022

Signature

: L'Adhérent :

: L'Administration

