

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-493520

DOS n°  
10928.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : REPI ELLOUZ BAKHARIA SAADA

Date de naissance : 01/04/54

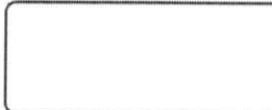
Adresse :

Tél. : 0678025601

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2019

Nom et prénom du malade : M. BAJJI HABIB Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cancer



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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 Paiement des Actes
de 22/06/99	Visite facturée	Co-1000	H 400	INP : 131019

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  B & \hline  & G  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

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  
Email : massahat.belvedere150@gmail.com



## مصحة بلڤدیر

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

Casablanca, le

22/11/13

### Compte Rendu opératoire

Réfection palpébrale simple  
pour lésion transmetion, humorale  
en neurologie (D 249).

- Exérice Révision humoral conjonctival  
interven d'un baso cellulaire noduloïde  
et réfection palpébrale en préservant  
les condidies laryngaux (œil sec)
- Cicatrice adhesif  
du temporal palpérye.

Dr. LAMHAMED CHIRURGIEN Ahmed  
CLINIQUE DU BELVEDERE  
150, Boulevard Bahnad - Casablanca  
Tél: 0522 40.40.40 (3 lignes groupées) (A.22.40.40.10)

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél. : 022 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 022 40.40.10

مصحة بلفديبر

150، شارع باحمداء

الدار البيضاء،

الهاتف : 022 40.40.40 ( 3 خطوط مشتركة )

الفاكس : 022 40.40.10 :



Casablanca, le .....  
le Docteur .....

prie M<sup>r</sup> ... Bien je plore la Mhammed. ....

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

S'élevant à la somme de ..... Dhs

..... 800,-

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD  
Casablanca

Tél. : 022 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 022 40.40.10

# مصحة بلفدير

150، شارع باحمد

الدار البيضاء

الهاتف : 022 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 022 40.40.10



Casablanca, le .....

21 Jan 2001

le Docteur .....

prie M..... Dr. .... Dakhla mafied.

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

S'élevant à la somme de ..... Dhs

Dr. AMHAMED CH. Ahmed

CLINIQUE DU BELVEDERE  
150, Boulevard BAHMAD - Casablanca  
Tél. 0522.40.40 - 0522.40.40.10

# *CLINIQUE DU BELVEDÈRE*

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



مصححة بالقدير

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

Le 22/11/2019

Casablanca, le .....

FACTURE

Nom/Prénom du Patient	Facture N°	Prise en charge	Date d'entrée	Date de sortie
Mr BENJELLOUN DAKHAMA SAAD	294/19 M	PAYANT	22/11/2019	22/11/2019

<i>Désignation des prestations</i>	<i>Lettres Clé</i>	<i>Nbre</i>	<i>Prix unitaire</i>	<i>Montant/DHS</i>

HOSPITALISATION				400,00
SALLE D'OPERATION				1 300,00

<b>DR CHIRURGIEN</b>				<b>2 000,00</b>
<b>DR ANESTHESISTE REANIMATEUR</b>				<b>800,00</b>
		<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>4 500,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de:* 4 500,00  
*QUATRE MILLE CINQ CENT DIRHAMS.*

*Mode de règlement :* **ESPECES**

PATENTE N°:31220185

R.C: CASABLANCA 59215

RIB : 007780000274200000006529

I.F: 01600426

CNSS:2153279

ATTIJARIWAFA BANK BELVEDERE CPTE N° 274 S 0000 65

ICE: 000084378000033

سید علی بن ابی طالب