

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.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

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

DOS n° 10928
N° W19-493520

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEPI ELLOUJ SAKHAHA SAAD

Date de naissance : 01/04/54

Adresse :

Tél. : 0678025601 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2019

Nom et prénom du malade : BEPI ELLOUJ SAKHAHA SAAD Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Carcinome

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) :



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
22/04/99	voir	6	100000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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 Particien	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 pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] 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. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)
Fax : 0522 40.40.10
Email : massahat.belvedere150@gmail.com



مصحة بلقدير

150, شارع باحمد - 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

Refectum palpable simple
pour lésion transmutique, tumorale
ou neurologique (D 249).

- Exérèse Résection tumorale control
interne d'un baso cellulaire nodulaire
et refection palpable en préservant
les condyles laryngaux (œil droit)
- Exérèse adénomé
d'hyperplasie.

Dr. LAMHAMED, Ahmed
CHIRURGIEN
CLINIQUE DU BELVEDERE
150, Boulevard Bahmad - Casablanca
Tél: 0522 40 40 40

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél. : 022 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 022 40.40.10

مصحة بلفدير

150، شارع باحماد

الدار البيضاء

الهاتف : 022 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 022 40.40.10



Casablanca, le

22/11 2009

le Docteur

prie M^r

Benjelloun Dahmane

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

800,00

Dhs

[Signature]

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél. : 022 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 022 40.40.10

مصلحة بلديير

150, شارع باحماد

الدار البيضاء

الهاتف : 022 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 022 40.40.10



Casablanca, le 22/11/2009.

le Docteur

prie M. Dr. Benjelloun Dekhamsaed.

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 2000,00 Dhs

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



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

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

Désignation des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant/DHS
-----------------------------	-------------	------	---------------	-------------

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

DR CHIRURGIEN				2 000,00
DR ANESTHESISTE REANIMATEUR				800,00
TOTAL GENERAL				4 500,00

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

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

