

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.

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.

Radiation :

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.

Prothèse :

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

Information : contact@mupras.com
Assurance en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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° P19-0030785

60798

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02422 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELARREM - MECHOND

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : Lot TADAKOUINE Rue 3 V°/2 OULTA -

CASABLANCA -

Tél. : 06269 9275 Total des frais engagés : 106 + 2166 ml Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEHATE Mohamed
Médecin Généraliste
Lot Al Farah Doha Imm. 191 Ag. 1
RDC Bd. Haj Fateh Hay Oujda
Casablanca - Tél: 0522 65 00 00

5 MARS 2021

ACCUEIL

Date de consultation : 23 JAN 2021

Nom et prénom du malade : BELARREM MECHOND Age : 68

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

Nature de la maladie : HTA - HTA - Obésité

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 : Casablanca Le : 23 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/24	f = 2166,6

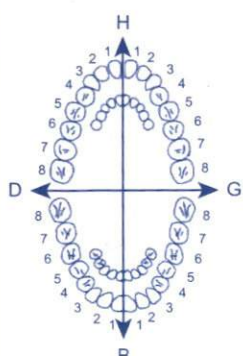
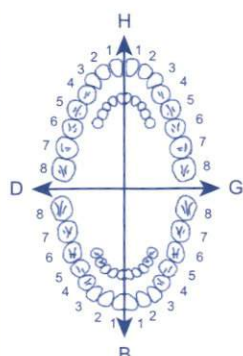
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

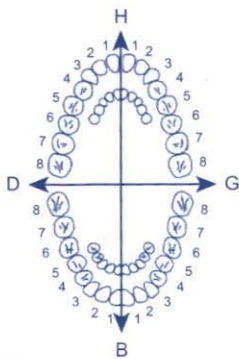
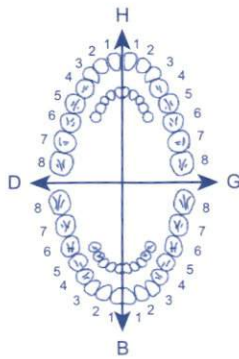
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'...

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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

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														
	D <table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table> G B				H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	(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

DOCTEUR MOHAMED BEHATE

Diplômé du Centre Hôpitalo-Universitaire

Ibn Rochd à Casablanca

Ex-Médecin Interne des Hôpitaux d'El Jadida

Ex-Médecin aux Forces Armées Royales

Médecine Générale

الدكتور محمد بهات

خريج المركز الاستشفائي الجامعي

ابن رشد بالبيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

الطب العام

Casablanca, le : 23 JAN. 2021 :الدار البيضاء . في:

Dr. ELAPPEN TESSAOU

1- Glucophage 850 mg

2- ...

3- ...

4- ...

5- ...

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A.J.
140 Lot Smiranda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. BEHATE Mohamed
Médecin Généraliste
Lot AL FARAH Douha Imm. 19 Apt. 2
RDC Bd. Haj Fatah Hay Oulfa
Casablanca - Tél 0522 65 00 18

جزنة الفرح - الضحى - العقارة 19 الشقة 02 الطابق السفلي. شارع الليمون الحاج فاخ امتداد الالف - ليسانسفة 20190 الدار البيضاء
Lot. AL FARAH - Addoha, Imm. 19, Apt N°2 RDC, Bd.Laimoun Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20190 Casablanca
Tél.: 05 22 65 00 18

45,20

45,20

45,20

LOT 151821
EXP 11/2020
PPV 45.20DH

45,20

45,20

1126503-A14-MA



6118001030897
EXFORGE HCT 
10mg/16mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

5721

1126503-A14-MA



6113001030989
EXFORGE HCT 
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

3799

1126503-A14-MA



6118001030989
EXFORGE HCT 
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

0262



6118001030897
EXFORGE HCT 
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT 
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

45,20