

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-455116

50350

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2987	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraite (épouse)
Nom & Prénom : SOUKRI SNAID (gagne khairi)			
Date de naissance : 17.03.1962			
Adresse : Lot AL MAGHRIB AL JADID APP. N° 1 - CASA (20230)			
Tél. :	0661081125	Total des frais engagés : 150 + 229,55 = 379,55 dh	

Cadre réservé au Médecin	DR. BENIATE Mohamed Médecin Généraliste Lot. Al Fareh Doha Imm. 19 App. 2 RDC Bd. Haj Fateh Hay Oulfa Casablanca - Tél: 0522 66 00 18
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	06 NOV. 2020
Nom et prénom du malade :	SOUKRI SNAID
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	maladie des jambes - 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-455116

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVE 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
06 NOV. 2020	(C)		155,00	INP : 091014300 Dr: BEHATE Mohamed Médecin Généraliste Lot. Al Farah Doha imm. 14 App. 2 BPC Bd. Haj Fatah Hay Doha P.O. Box 65 no 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 بحات

خريج المركز الإستشفائي الجامعي

إبن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

INPE: 092010532

ICE: 002042057000024

الطب العام

Casablanca, le

04 NOV. 2020

الدار البيضاء، في

Nadame SOUKRI SHAD

61,50

1 - Tobic 15 mg



10 x 10 mg



2 - Dermozal 10 mg

10 x 10 mg

10 x 10 mg

10 x 10 mg

3 - Osteocare

10 x 10 mg

10 x 10 mg

Dr. Mohamed Behate
Médecin Général
Casablanca, Tel: 0622 65 00 18
Lotissement AL FARAH - Addoha, Imm. 19, App. 2 RDC, Bd Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20 190 Casablanca
Tél.: 05 22 65 00 18

Email : docbehate@yahoo.fr

تجزئة الفرح - الضحي - العمارة 19 الشقة 02 الطابق السفلي، شارع الحاج فاتح امتداد الألفة - ليساسفة 20190 الدار البيضاء

Lotissement AL FARAH - Addoha, Imm. 19, App. 2 RDC, Bd Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20 190 Casablanca

Tél.: 05 22 65 00 18

~~Dr. Kholod~~ ~~DR~~ ~~HR 724~~

42, w

22 g. 55

~~Dr. BENATE Mohamed~~
~~Médecin Généraliste~~
~~Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2~~
~~RDC Bd. Haj Fateh Hay Oufa~~
~~Casablanca - Tel: 0522 66 00 18~~

PHARMACIE ANNABA
Lot Habiba N°672
CASABLANCA - Tel: 05 22 36 52
NPE: 093210552
ICE: 002042057000024

PHARMACIE ANNASSIM
LOT HABIBA, N°62
OULFA
CASABLANCA

FRANCE TRACIE ANNASSIM
L'Habiba N°65/2 Oulfa
Casablanca - Tel: 05 22 90 39 12
Fax: 05 22 910552
Casablanca le ... 04/11/1998

FACTURE N°: 1040

M.....

Arrêtée la présente Facture à la somme de..

Je la présente Facture à la somme de Ceuf Huit cents
soixante et soixante six

*Centraal Bureau
65-613*

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
ID: 645684
6 118000 161295

PPV: 61DH50
PER: 05/23
LOT: J1427

LOT 191341
EXP 04/2022
PPV 42.00DH