

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 046945

**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 canalaires, 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 canalaires.

**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.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 00919      Société : RAM (3049)  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : DARDARI Ahmed  
Date de naissance : 22-11-51  
Adresse : Hay Attadamaoune Rue S n°3 Oulfa  
Cas  
Tél. : 0522894783      Total des frais engagés : 330,5      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : **Dr. BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2  
RDC Bd. Haj Foteh Hay Oulfa  
Casablanca - Tel. 0522 65 66 18  
Date de consultation : 20/01/2021  
Nom et prénom du malade : EL KHATIB Touria      Age:  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : ~~APP~~ Digestive  
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 : Casa      Le : 20/01/21  
Signature de l'adhérent(e) :

**Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

### 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
20.01 2021	C		150,10	
03.FEV. 2021	C			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensateur	Date	Montant de la Facture
	03/02/21	82,10
	20/01/21	98,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

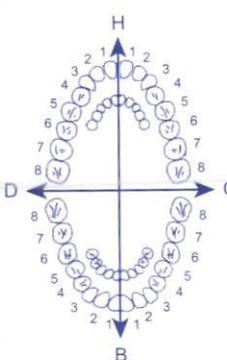
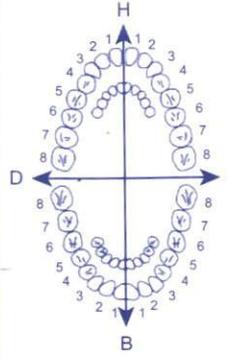
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	D	00000000	00000000	11433553																				
	35533411	11433553																						
B																								
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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

LOT 191341  
EXP 04/2022  
PPV 42.00DH

ط  
ط  
ط

الطب العام

Casablanca, le : 20 JAN. 2021 :الدار البيضاء. في:

Madame DARIARI TOURIA

42.00

1/1 Kalat 20 (1817)

28.20 x 2

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIN  
Siham GUERRAOU  
Docteur en Pharmacie  
4, Résidence Annain - Oulfa  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 43 09



7-28.40

1/1 Kalat 20 (1817)  
1/1 Kalat 20 (1817)  
1/1 Kalat 20 (1817)



**Dr. BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2  
RDC Bd. Haj Fateh Hay Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 65 00 18

PPV 28,20  
LOT  
PER

PPV 28,20  
LOT  
PER

Le : 03 FEB. 2021

03 FEB. 2021

**Dr. BEHATE Mohamed**

Médecin Généraliste

Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2

RDC Bd. Haj Fatch Hay Oulfa

Casablanca - Tél: 0522 65 00 18

# Ordonnance

Mr. DARDAH TOURIA

89.10

~~Inexium 20 mg~~



~~1 Dose 2x~~

D. 88

**PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM**  
Siham COERRA  
Docteur en Pharmacie  
4, Residence Annaim  
Tel: 05 22 89 43 09 Casablanca

**Dr. BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste

Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2  
RDC Bd. Haj Fatch Hay Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 65 00 18

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou el asoum roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg  
Boite 14

640150MP/21/MRQ P.P.V.: 82.10 DH  
6 118001 020581