

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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 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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise 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.

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° M20- 0008449

68539

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02190 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RADIGH ABDELALI
Date de naissance : 31/05/1955
Adresse : Licella, Lotissement AL KHOUFAN A N° 15
CASABLANCA
Tél. : 0664090980 Total des frais engagés : 623,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. BEHATE Mohamed
Médecin Généraliste
Lot. Al Farah Doha Im. 19 Apt. 2
RDC Bd. Haj Fatih Hay Oulfa
Casablanca - Tel: 0522 85 00 18
Date de consultation : 31 MARS 2021
Nom et prénom du malade : RADIGH Abdelali Age : 1955
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : 31/03/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 9.1 MARS 2021 | | | 150,00 | Dr. BEHAR Mohamed Médecin Généraliste Lot. Al Farah Baha Imn. 19 Apt. 2 RDC Bd. HAJ FATEH Hay Oulfa Casablanca Tel: 0522 65 00 18 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue B. EL KASSABIA Casablanca Tel: 0522 95 48 40 | 31/03/21 | 237,150 |
| | 09/04/21 | 235,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

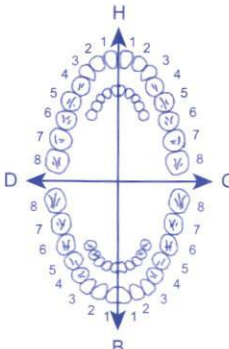
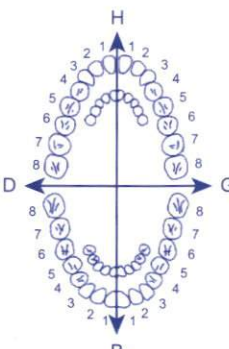
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 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

DOCTEUR MOHAMED BEHATE

Diplômé du Centre Hospitalo-Universitaire

Ibn Rochd à Casablanca

Ex-Médecin Interne des Hôpitaux d'El Jadida

Ex-Médecin aux Forces Armées Royales

Médecine Générale

الدكتور محمد بجات

خريج المركز الاستشفائي الجامعي

ابن رشد بالبيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

الطب العام

Casablanca, le : 31 MARS 2021 : الدار البيضاء، في:

Mr RADIGH Abdelali

58,40

PPV 58DH40
EXP 11/2023
LOT 00018

11- Effipred 20

30 x 07
140,10
21- Nafid 200

LOT: 033620 PER: 04/23
PPV: 110DH00

21- Avaguin 500

54,60
19 x 07
21- Nafid 200

21- Nafid 200

14,15
21- Nafid 200

21- Nafid 200

21- Nafid 200

خزينة العيّن - العيادة 19 - الشقة 02 الطابق السفلي، شارع الليمون الحاج فاخ امتداد ألفة - تيساسفة 20190 الدار البيضاء
Lot. AL FARAH - Addoha, Imm. 19, Apt N°2 RDC, Bd Laimoun Hadj Fateh Extension Oulta, Lissasfa 20190 Casablanca

Tél.: 05 22 65 00 18

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 بجات

خريج المركز الاستشفائي الجامعي

ابن رشد بالبيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

الطب العام

Casablanca, le : 05 AVR. 2021 في: الدار البيضاء

NOM & PRENOM :

1. AZITHROMYCINE 500 MG (N° 2) :

1 comprimé le 1^{er} jour midi après repas.

½ comprimé / jour x 6 jours du 2^{ème} jour au 7^{ème} jour

2. DOLIPRANE 1000 MG :

1 comprimé par 8 heures (1 comprimé x 3/j)

3. CARDIOASPIRINE 100 MG :

1 comprimé / jour x 14 jours midi après repas.

4. D-CURE (N° 1) :

1 ampoule buvable / semaine x 3 semaines

5. VITAMINE C 1000 N° (2 Boîtes de 20) :

1 comprimé le matin après repas

1 comprimé à midi après repas. x 14 jours

6. ZINASKIN :

1 comprimé le matin ½ à 1 heure après repas x 14 jours

7. OMEPRAZOLE 20 MG (Boîte de 14) :

1 gélule /j x 14 jours le matin avant repas.

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3285

PPV 15DH30
EXP 01/2024
LOT 0N040 40

PPV 15DH30
EXP 01/2024
LOT 0N040 38

PPV 40DH90

Dr. BEHATE Mohamed
Médecin Généraliste
Lot. Al FARAH - Addoha, Imm. 19, Appt N°2 RDC, Bd. Laimoun Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20190 Casablanca
Casablanca - Tsk 0

PER 10/22
PPV 52DH80

52,80

جزيرة الفرح-الضحى- العمارة 19 الشقة 02 الطابق السفلي. شارع الليمون الحاج فاخ امتداد الانفة- ليسانس 20190 الدار البيضاء
Lot. AL FARAH - Addoha, Imm. 19, Appt N°2 RDC, Bd. Laimoun Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20190 Casablanca

Tél.: 05 22 65 00 18