

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

## Entretien :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° M21- 063679

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005 Société : R.A.M. : 106054  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : AG. JELMI EL mostafa.  
 Date de naissance : 11 mars 1951  
 Adresse : Hôpital El  
 Tél. : 066696 2276 Total des frais engagés : 398,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha Imm. 19 App. 2  
RDC Bel. Haj Fath El Hay Oufra  
Casablanca - Tél. 0622 65 00 18

INPE: 091017988

Date de consultation : 12-02-2022

Nom et prénom du malade : ASQOUTI EL MUSTAFA Age : 67

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 16/10/2022

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-63679

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) : .....

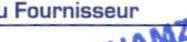
Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-11-2022      |                   |                       | 150                             | Dr. BENEAT MOHAMED<br>Médecin Généraliste<br>Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Apt. 2<br>RDC Bld. Hal Farah Hay Oulfa<br>Tunisie - 7010622 55 00 18 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                            | Date     | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 16/02/22 | 248,50                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHERENT

CO 5360

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                                    | Nature des Soins                                  | Coefficient |                         |
|------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
|                              |                                                   |                                                   |             | Coefficient des travaux |
|                              |                                                   |                                                   |             | Montants des soins      |
|                              |                                                   |                                                   |             | Début d'exécution       |
|                              |                                                   |                                                   |             | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE      |                                                   |             |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 |             | Coefficient des travaux |
|                              |                                                   |                                                   |             | Montants des soins      |
|                              |                                                   |                                                   |             | Date du devis           |
|                              |                                                   |                                                   |             | Date de l'exécution     |

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

# الدكتور محمد بحات

خريج المركز الاستشفائي الجامعي

ابن رشد بالبيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

الطب العام

16 - 07 - 2022

Casablanca, le :

الدار البيضاء . في:

Dr ASOUTI ELOSTARHA

1 - Ranciphe

113,70

1 ep x 21 x 14  
2 ep x 10 ep

18.20

PPV: 113 DH 70

Intérieur.  
infantil.  
assant pas

الجرعة.  
خل.  
جة منوية.

2 - ENVOI 500

LOT: 21625 PER: 08/2024  
PPV: 100,10 DH

34,70

1 ep x 21 x 14  
1 ep x 21 x 14  
1 ep x 21 x 14

Dr. ASOUTI ELOSTARHA  
C. 5 CASABLANCA  
18 Houlala Rue 8 N° 9 Lot. 62  
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

Dr. BEHATE Mohamed  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Fajah Doha 1mm. 19 App. 2  
RDC Bd. Hl Fajah Hay Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 65 00 18

248,50  
الدار البيضاء  
Lot. AL FARAH

LOT N°:

UT. AV: 34,70  
PPV (DH): 34,70

جزئية الفرج - الضحى . التحلة 19 الشقة 02 الطابق السفلي . شارع اليمون  
Bd. Laimoun Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20190 Casablanca  
: 05 22 65 00 18