

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.

Diologie 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.

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° P19- 065375

ND: 33 715

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2035 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKAHIA Maria

Date de naissance : 1943

Adresse : 131 Rue Larache Dar El Hamd C.I. COSS

Tél. : 0661286827 Total des frais engagés : 649,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farouk RAOUD
Expert Assementé auprès Des Tribunaux
Médecin Générale
C.A.M.U. Université Paris
524, Av 6 Novembre, Ahd. Jedd
Cité Damas, 1er ETg N°1 - Casablanca
Tél : 05 22 56 56 89 - GSM : 06 61 30 30 61

Date de consultation : 15/24/2020

Nom et prénom du malade : BELKAHIA Maria Age :

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

Nature de la maladie : 2ème axillaire gauche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21.11.2020

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/04/20 | V | | 150,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/04/20

499,20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

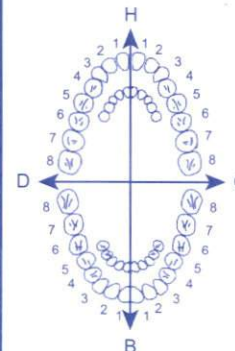
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

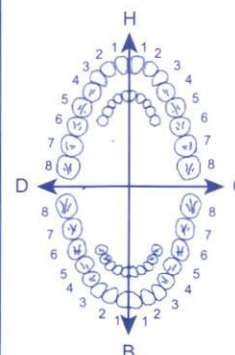
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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'EXEC



SAMU

إنقاذ

Dr. Farouk RAOUD

Expert Assemblé Aux Tribunal
Médecin Générale

Cité U. Université Paris

524, Av 6 Novembre, Ahd Jaid

Cité Djemaâ, 1^{er} ETg N°1 - Casablanca

Tél : 05 22 56 56 59 - GSM : 06 61 30 30 61

Casablanca, le :

25/04/2022

Mme BELLAHIA Maria

Sur Avis du Médecin

2,32,20

45,00

22,20

499,20

5000 kcal
pH pmbat

200g par pommade

une application x3/;

- Codoliprane

1ap x3/; pmbat/1)

Dr. Farouk RAOUD

Expert Assemblé Aux Tribunal
Médecin Générale

Cité U. Université Paris

524, Av 6 Novembre, Ahd Jaid

Cité Djemaâ, 1^{er} ETg N°1 - Casablanca

Tél : 05 22 56 56 59 - GSM : 06 61 30 30 61

Pharmacie du Jura
129, Bis Rue Oussama Brou Zaid
CASABLANCA
Tél 05 22 25 34 44

0522 98 98 98 - 0522 25 25 25

Résidence Soumaya, 5 rue Galien

Casablanca 20360, Fax : 0522 43 04 43

E-mail: samumaroc@gmail.com - E-mail: samumaroc2@gmail.com - site www.samu.ma



Si le caducé n'est pas argenté,
merci de signaler la fraude ou SAMU

LOT 19000
PER 11/22
PPV 432DH00
43200

Zovirax® 5%
aciclovir
crème

Voie cutanée

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45.00 DH

ID : 630417
6 118001 141548

 GlaxoSmithKline

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J035

