

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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 caractére 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

Nº P19-0039234

101063

Autres

MUPRAS
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2994 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : veuve

Nom & Prénom : CHAHID Achia

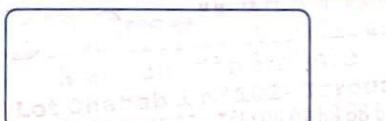
Date de naissance :

Adresse : Hey Al Masjid 74 rue TARSIFT

Tél. : 06 45 26 74 04 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 JAN 2022

Nom et prénom du malade : Achia chahid Age: 75ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DT2

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements susvisés 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 : Sérour

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18 JAN 2022 | | CS | 150 HT | 061240933 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 18/01/22 | 2422,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adionc)

Enseignement, Formation, Education,

Coefficient des travail

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr.Smail malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.
Ancien Médecin interne à l'hôpital
Péphérique de Berrchid.



الدكتور إسماعيل المالكي
طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي
ببرشيد

ORDONNANCE

18 JAN. 2022

DEROUA, le :

03 x 487,00 Acho chabab /
03 x 78,70 Jommet 100-150
03 x 44,70 Diomc 69 /
02 x 140,00 oldes 120
02 x 79,00 MEFSA 100
06 x 4050,00 Tc 120 fm 80
09,00 Jm 1 tom 1 sm 20

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 + 05 22 03 43 28

02 x 99,00 F

Prise de Fa

(S.V)

49,80

LS/j x 10jans

Flagyl 500

1x3

x 75

(S.V)

46 - Centre Commercial Dereoua
Tel: 0522 552177 Fax: 0522 552510

FARAH HAKIM FOUAD
EL HAKIM MACIEN
P.V. N°: 268/19/DMP
46 - Centre Commercial Dereoua
Tel: 0522 552177 Fax: 0522 552510

Distribué par MSD N
AMM N° : 268/19/DN
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MA
AMM N° : 268/19/DMP
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC
AMM N° : 268/19/DMP/21/
P.P.V: 437,00 DH.

LOT: 210831
PER: 01-2024
PPV: 140,000 DH

LOT: 210600
PER: 12-2023
PPV: 140,000 DH

39,00



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA



20257 0623

b/mg i.e. 14 mg
Weine
Inst. 1 day
Dilu. 1 day
wdt. 1 day
perf. 1 day
dur. 1 day
Prix 99,00
PPV: 40,50 DH

Lot: 118781
Date de Fab: 02.2021
Date de Per: 02.2023

Lot: 118781
Date de Fab: 02.2021
Date de Per: 02.2023
PPC: 99 Dhs



9202 90 434
610312 101
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V: 490,00
6 118000 060062