

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3053 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MIR Zekeria

Date de naissance : 23-03-1858

Adresse : 105 Fleurin N°76 Rue Alber sonoun

Maârif CASA

Tél. : 06.18.85.65.27 Total des frais engagés : 9.83.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/2022

Nom et prénom du malade : MIR Zekeria Age : 1958

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA Dyslipidémie

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 : Le : / /

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
11/10/2022	Ca	2	250,00	Dr. CARIO BLOQADI Jocelle ENDOCRINOLOGIE 119, Bd. Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ouvert Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAABANIA 77, RUE ALBERT 1ER - Cassel 59 Tél: 0322259606 - Fax: 0315132520 Cité Plateau	14	679,20,-
2024256	10 22 02/11/22	5400,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

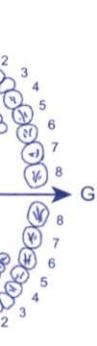
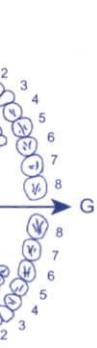
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

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 ——————+————— 00000000 00000000 35533411 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



PHARMACIE EL HILAL

Echinacée
CONTRE LE

de François Ponsard CASABLANCA

Laaboudi Hérouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

4753673 T.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 I.D.E:001513239000014 IN.P.E:92024256

LOT 090639/F05
09/2024 P.P.C 54,00



10 Sticks
Arôme orange

Complément A

Date d'expiration : 02/11/2022

FACTURE N° : 11

FACTURE

MR MIR ZAKARIA

QUANTITE	DESIGNATION	PPV	MONTANT	TVA
1	IHIVERNEX	54.00	54.00	20%
DONT	TVA: 7 %:	0.00		TOTAL :
DONT	TVA: 20 %:	9.00	54.00	
TOTAL	TVA:	9.00	TOTAL NET:	54.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
Cinquante Quatre Dirhams 00 Centimes



Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقااضي جووويل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

m^r Mir Zohra

Casablanca, le : 14 / 10 / 122

122,10 | Truetec 5 1 cp / j

185,70 x 3 | custol 50. 1 cu repas pr

557,10 few 6 mois

679,20



بوزيران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 — 05 22 23 84 84 — 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

Dr. CARIOU BELQADI
ENDOCRINOLOGIE
119, Bd. BIR ANZARANE
Maârif - CASABLANCA

Maphar
Bd Alkirma N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

