

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 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

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.

M22- 0036568

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5492**

Société : **AG324**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ELHORRY Mohamad**

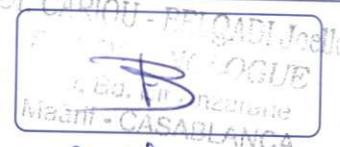
Date de naissance : **01/01/1953**

Adresse : **LOT haj Fateh N° 132 ceufja casa**

Tél. : **06.65.03.12.29** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/10/2013**

Nom et prénom du malade : **CHOUFI El Fakir** Age : **1960**

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : **Thyroïde**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **Thyroid Cancer**

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 :

Nature de l'adhérent(e) :

Le : **21/11/2013**

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
10/10/23	C	2	3000,00	178, EG, EIR A, CASABLANCA Maamit - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STAMMATECH CASABLANCA 092030261	10/10/23	1585,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
D				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
D				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلاقاضي جوويل

الاختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M		CHOWKERH Latif
		HANZ
24, 1400 X 2		LEVO TH 4 10x 100
13, 1000 X 2		50
6, 800 X 1		25
49, 600 X 2	Cure Rate	1
22, 000 X 6	STRUCTUM	500

Casablanca, le : 10/10/23

1 le matin - 2 jeans - 3 jours

$$+ \begin{matrix} 1cp \\ 1cp \end{matrix} \left\{ = \underline{75} \text{ N} - \underline{4} \text{ jaws} \right\}$$

PPV: 49,6% DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

Sent 6 mai

1585, 20

**STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR**
P.R.V : 222.00 DH

PHARMACIE HANZA
ZAGREB, LANKA
Sarajevo 6 N° 3 lot 64
3 - Tel: 0522 93 10 28

R. CARIOU - BELQADI Joss
ENDRÉVINGUE
119, Bd P. Anzaldua
Maârif - CASABLANCA

STRUCTUM 500M STRUCTUM 500MG
APHAR MAPHAR
P.V. : 222,00 DH P.P.V. : 222,00 DH

MAPHAR
B.P.V. : 222,00 DH

**STRUCTUM 500MG 60 G
MAPHAR
P.P.V. : 222.00 DH**

- الطابة، الثاني - المعارف - 20100 الدار البيضاء - 119، شارع

الهاتف : 05 22 99 26 53 – 05 22 23 84 84 – 05 22 98 14 67

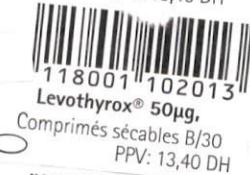
119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021



7862160336



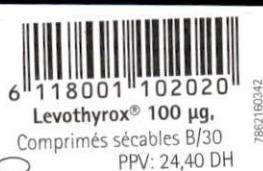
7862160336



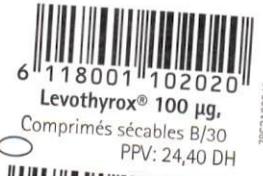
7862160336



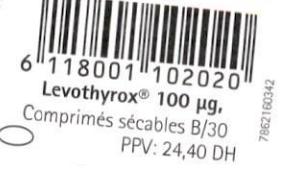
7862160336



7862160342



7862160342



7862160342



7862160335



7862160335



7862160335



7862160335