

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9675

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SALHI

FAYE

Date de naissance :

01/01/1931

Adresse :

70 Rue Aïn Aïn Kassabine

CSA

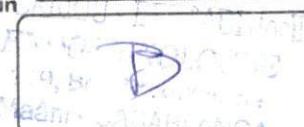
Tél. :

0661311349

Total des frais engagés : 0+3302

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16.06.21

Age :

2001

Nom et prénom du malade :

SALHI Radia

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

diabète

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à :

Le : 16/06/21

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
16.10.6121				INP : 091103914111 Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature</i>	16.10.6121	3502.50

INP  
092072008

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

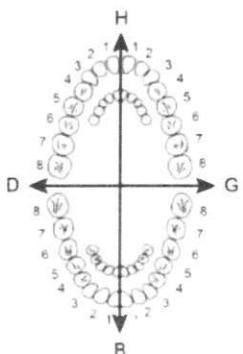
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

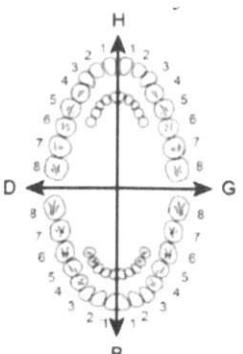
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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

الدكتورة كاريو بلقاذه جوؤيل  
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية  
خريجة كلية الطب بباريس

Rodia Salhi

741.00 x 2 = 1488.00

2315)



Lantus lebster

439.00 x 3 = 1317.00

3315)



Apidra lebster

112.50 x 3 = 337.50

3315



Boudelettes.

180.00 x 21/50)

2 = 360.00

Low Zone

T = 3502.50

Casablanca, le : 16/10/21

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b6 sty  
P.P.V : 744,00 DH

6118001 081631

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b6 sty  
P.P.V : 744,00 DH

6118001 081631

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Apidra 100U/ml, inj b6 sty  
P.P.V : 439,00 DH

6118001 081631

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Apidra 100U/ml, inj b6 sty  
P.P.V : 439,00 DH

6118001 081631

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Apidra 100U/ml, inj b6 sty  
P.P.V : 439,00 DH

6118001 081631

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle  
Ex - Doct. Verte  
119, Bd. Bir Anzârane  
Medina - CASABLANCA

PHARMACE MAJASID C.I.L.  
Dr. Sonia Aboumerouane  
N°22, Lotissement C.I.L.  
Hay Essaqra - Casablanca  
Tél : 0522 99 88 73

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

05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021  
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

# Contour™ plus

كونتور بلص / كنمور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

**50**

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شرابط اختبار

نوار تست

**NO CODING**

SANS CODAGE

04021454



# Contour™ plus

كونتور بلص / كنمور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

**50**

Test Strips

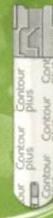
Bandelettes  
réactives

شرابط اختبار

نوار تست

**NO CODING**

SANS CODAGE



# Contour™ plus

كونتور بلص / كنمور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

**25**

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شرابط اختبار

نوار تست

**NO CODING**



# Contour™ plus

كونتور بلص / كنمور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

**25**

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شرابط اختبار

نوار تست

**NO CODING**

SANS CODAGE

