

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-461039

82129

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9675 Société : NAA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SALHI Faym

Date de naissance : 01/01/1971

Adresse : 70 rue ANAN KADIN

Tél : 0661311349 Total des frais engagés : 01332

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.06.22

Nom et prénom du malade : SALHI Nadia Age : 2007

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

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'at. médecin 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 : 16/06/22

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
16/06/21			3502.50	INP : 091103919111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/21	3502.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

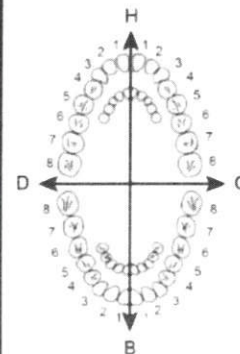
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

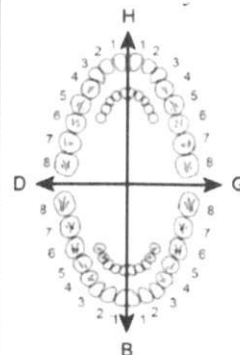
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل


إختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Redia Salhi

Casablanca, le : 16/06/21

$744.00 \times 2 = 1488.00$

2B(5)  Lantus lobster

$439.00 \times 3 = 1317.00$

3B(5)  Apido lobster

$112.50 \times 3 = 337.50$

3B(25)  Boudeltes.

$180.00 \times 2B(50)$

$2 = 360.00$

Lou Zouin

$T = 3502.50$

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH

 5 18001 081613

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

 5 1800 081600

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

 1 081639

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

 5 18001 081639

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
Pharmacien
119, Bd. BIR ANZARANE
Maarif - CASABLANCA

PHARMACIE NASJID C.I.L.
Dr. Souid Abumerouane
N°22, Lotissement du Stade
Hay Essalouj - C.I.L. - Casablanca
Tél : 0522 29 88 73

119, شارع بئر انزران - 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

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maarif - 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

ContourTM
plus

کونٹور پلاس / کنتور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست



ContourTM
plus

کونٹور پلاس / کنتور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست



ContourTM
plus

کونٹور پلاس / کنتور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست



ContourTM
plus

کونٹور پلاس / کنتور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

