

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02598

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hajji Baha Fouad

Date de naissance :

Adresse : 28, rue 9 juillet, Franceville 2, Casablanca

Tél. : 0666731198

Total des frais engagés : 2550,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR CARIOU BELGADI Joselle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

Date de consultation : 22/06/2022

Nom et prénom du malade : BERDADA Nouhia Age: 1953

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète H. chol concomitant

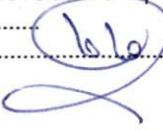
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

Le : 22/06/2022

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
22/06/22	2	2500,10	2500,10	Dr. CARIOU - BELQADI Joelle FONDOUC 119, Bd. Dr Anzarine Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LORH	22/06/22	2300,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريوكادي جووبل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

PPC: 135,00Dhs

LOT: 210831
PER: 01-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 210600
PER: 12-2023
PPV: 140,00DH

PPC: 135,00Dhs

PPC: 135,00Dhs

PPV
34DH00

Dr. CARIOU - BELQADI

Dr. CARIOU - BELQADI
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

PROFENID 100MG
CP PEL 830
P.P.V.: 70DH90
6 118000 060802

111، شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطريق الثاني - المعريف - 20100 الدار البيضاء

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

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 2eme 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

LOT : 8112
UT. AV : 03-25
P.P.V : 34 DH 00

LOT : 8112
UT. AV : 03-25
P.P.V : 34 DH 00

PPV 15 DH 80
PER 10 / 22
LOT 12266

LOT : 8112
UT. AV : 03-25
P.P.V : 34 DH 00

15,80

PPV 15 DH 80
PER 03 / 23
LOT J706

15,80

PPV 15 DH 80
PER 06 / 24
LOT K1728

15,80

PPV 15 DH 80
PER 01 / 25
LOT L30052

15,80

PPV 15 DH 80
PER 01 / 25
LOT L32351

LOT : 8112
UT. AV : 03-25
P.P.V : 34 DH 00

LOT : 8112
UT. AV : 03-25
P.P.V : 34 DH 00

PPV 15 DH 80
PER 06 / 24
LOT K1720

LOT : 8112
UT. AV : 03-25
P.P.V : 34 DH 00

91,00

91,00

91,00

91,00

COOPER PHARMA

PPV : 32,60 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

210312

UT. AV.:

05 24

موكسول

أميروكسول

بدون سكر

COOPER PHARMA

PPV : 32,60 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

210312

UT. AV.:

05 24

موكسول

أميروكسول

بدون سكر