

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 :	3053	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	159756
Nom & Prénom :		MIR ZAKARIA	
Date de naissance :		23-03-1958	
Adresse :		Residence KATIM 2 N°76 Rue Albert Samain Jel Fleur Maroc CASABLANCA	
Tél. :		0618856527	Total des frais engagés : 1811 Dhs

Cadre réservé au Médecin

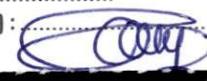
Cachet du médecin :	Dr. CARIOU - BELQADI Jbelle ENTOPROLOGUE 119, Bd. Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA		
Date de consultation :	17/04/2013		
Nom et prénom du malade :	MIR ZAKARIA Age: 65		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Hypercholestérolémie		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : CASA

Le : 17/04/2013

Signature de l'adhérent[e] :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17.01. 2023	Ca	9	300,00	Dr. GARIOU - BELOADI JAHIA ENDOCRINOLOGUE 115, Bd. Bir Anzarane Maarif - CASABLANCA



EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

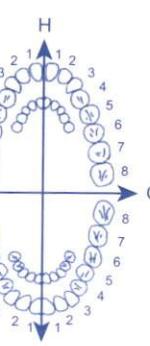
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	B	00000000	G	00000000	G	35533411	H	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	G	21433552																
D	00000000	B	00000000																
B	00000000	G	00000000																
G	35533411	H	11433553																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل
إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية
خريجة كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 17/04/23

Mir Tip Zaharo

A circular blue logo containing the letters "SV".

1 cp au repas principal

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QL,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 261,00 DH

Dr. CARIOU RELOADS Inc.

ENDOCRINOLOGY

119, Bd. Bir Anza

Maârif - CASABLANCA

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30

P.P.V : 250,00 DH

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 250,00 DH



6 118001 183128

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QL,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 20mg cp pell b30
 P.P.V : 250,00 DH

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QL,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 20mg cp pell b30
 P.P.V : 250,00 DH

 6 118001 183128

Maphar
 Bd Alkmia N° 6, QL,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 20mg cp pell b30
 P.P.V : 250,00 DH

119، شارع بئر انزرس ١٨٣١٢٨٦ ب (ب) الطابق الثاني - المعارض - ٢٠١٠ الدار البيضاء
الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٩٩ ٢٦ ٥٣ - ٠٥ ٢٢ ٩٨ ١٤ ٦٧ - ٠٥ ٢٢ ٩٨ ٨٤ - ٠٥ ٢٢ ٩٨ ٣٤
MOULAY HASSAN AVENUE, BLD 1831286, 2nd FLOOR, MARRAKESH, MOROCCO, 20100 CASABLANCA

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2^e 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