

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2734 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAFA BOU EL FATH

Date de naissance : 01/11/1952

Adresse : Immeuble

Tél. 0666 1328 69 Total des frais engagés : 300 + 497,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 12/02/2023

Nom et prénom du malade : MOUSTAFA BOU EL FATH Age : 1961

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD AAL ADL AALG

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer ces 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 : RAM Le : 23/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0029697

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2734
Nom de l'adhérent(e) : MOUSTAFA BOU EL FATH
Total des frais engagés : 300 + 497,60
Date de dépôt :

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
11/02/23	C2		300 D.D.	Dr. CARIOU - BELQADI Josselyne BENYOUNES Béatrice Maafit S... 115, Bd. Est... 94110 Arcueil

EXECUTION DES ORDONNANCES

Réception des Ordonnances	Date	Montant de la Facture
Réception des Ordonnances du Pharmacien ou du Fournisseur Hay Hara, Ain Chock - Casablanca Tél.: 0524 52 36 29	12/07/2023	497,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

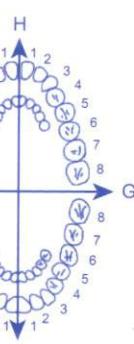
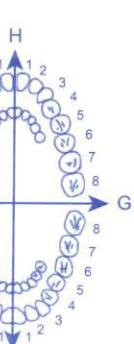
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريyo بلقاضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M³ ABOU EL FATH Leila

Casablanca, le : 12/07/13

LE VOT H 970 X 50 et 25
13,40 x 12 75 (50 + 25) - ojeu - 6 jours / 7
6,80 x 11 50 SV
4,90 x 2 SV 1 jour / 7

Dure Fete 1 dose tous les 2 mois

Pharmacie Omariya
Rue 49 Lot. Omariya
Hay Inara, Casablanca
Tél. 0522 52 36 29

MMI
XAV
Pharmacie Omariya Casablanca
Rue 49 Lot. Omariya Mosquée Omariya
Hay Inara, Ain Chock, Casablanca
Tél. 0522 52 36 29

21,00
13,75
27,50
27,25
LIBRAIX 51,25
SPASER cp
RENEX cp

Pharmacie Omariya Casablanca
Rue 49 Lot. Omariya Mosquée Omariya
Hay Inara, Ain Chock, Casablanca
Tél. 0522 52 36 29

497760

Dr. CARIOU - BELQADI Joelle

Bd. BIR ANZARANE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

Pharmacie Omariya Casablanca
Rue 49 Lot. Omariya Mosquée Omariya
Hay Inara, Ain Chock - Casablanca
Tél. 0522 52 36 29

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

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

