

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.

N° W21-810775

85864

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 0675	Société : MAR	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:
Nom & Prénom : SALHI		
Date de naissance : 01/01/71		
Adresse : 30 Rue Amn es KADMIM		
Tél. : 069181343	Total des frais engagés : 0+9381 + 1608 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	Dr. CARIOU - BELQADI Joelle ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	SALHI MAJA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
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.	
SALHI MAJA	
Age:	16
Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>
08 DEC. 2023	
ACCUEIL	

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 : 05/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/12/23

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
21/11/23				<p>INP : 091039412 DR. CARIOU - BELQADI Joele Solal ENDODONTIQUE 116, bu. Sir Anzarane Maarif - CASABLANCA</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE MARIANI Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
06 NOV. 2023 94600 CHOisy le Roi Tél. 01 84 36 34 00 Fax 01 84 36 34 00	06/11/23	160 e U Free style light 2 07/12/23 2381,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE MARIANI Cachet Aboumadi 39 88			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

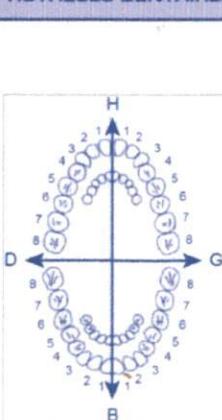
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

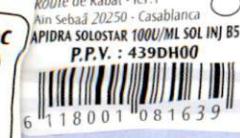
H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(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



Dr. CAR

QADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريyo بلقااضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

العنوان

SALHI Redia

Casablanca, le : 07/12/13

5. V

$$98.40 \times 3 = 295.20$$

$$22439.00 \times 2 = 878.00$$

2B(5)

+ 3 stylos

1B(5).

+ 2 stylos

Apidra soloStar

$$152.50 \times 2 = 305.00$$

4 Rotex Free style

an eur les 3 reposes

Cebon V

2

bithronique

744.00

$$73.70 \times 2 = 159.40$$

Low Grevis

T = 2381,60

Dr. CARIOU - E
ENDOCRIN
119, Bd. Bir
Marzouki



PHARM
Dr. S
N°22
HAY

UT.AV. : 07/12/2023 P.P.V.
79 70

LOT N° : FW 5713

119، شارع بئر انزران - إقامة رمزي/ باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 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

PHARMACIE MARIANI
4, Avenue Anatole France
94600 CHOISY LE ROI
TEL : 01 48 84 75 34

le : 06/11/23
Op : 6 19:00

DOCUMENT PROVISOIRE

Produit Qte Px uni Montant
FREESTYLE LIBRE2 C 4 40,00 160,00

Téotal : EUR 160,00
Dont TVA : 8,34
Montant Client : 160,00
Net à payer en EUR 160,00

1 EUR = 6,55957 F

Net à payer en F = 1049,53 F
Nombre d'articles : 4
Montant des Honor. de Disp. 0,00

3 664592 000106

LPP: 1190296
Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A/01/21

3 664592

000106

Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A/01/21

LPP: 1190296

3 664592 000106



ART43478-002 Rev. A/01/21

Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

LPP: 1190296

Autosurveillance du glucose interstitiel
1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

9620611



3

el Salhi
311349
Samia