

**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 : 10530 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASRI SAMI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01.11.2023

Nom et prénom du malade : ASRI SAMI Age : 16 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Plast. plant. Nervulog.

Pathologie : Certains

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Certains

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 :

Le : / /

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
01/11/2011	CS	Dr. V	Chirurgien Traumatologue	091216432
23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
MEDIOR S.A.R.L Matériel et équipement Médical Ablanca Tél/Fax 05 22 93 06 85	06.11.23.					MEDIOR Matériel et équipement Médical Ablanca Tél/Fax 05 22 93 06 85 700,00 D

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
112	21433552
000	00000000
000	00000000
111	11433553

[Création, remont, adjonction]

B		DATE DE L'EXECUTION	

Docteur Karim EZALDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopediste

Ex- chirurgien au CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ex- Chirurgien au CHR Mohamed 5 -casablanca



الدكتور كريم الزايدى

أخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل

جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

جراح سابق بالمستشفى الجهوي محمد الخامس الدار البيضاء

01/11/2013

Casablanca , le:

Assi

Sami

MEDIOR S.A.R.L
Matériel et Équipement Médical
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 90 06 85

Smaïla Smaïla

Hassan

Abdel

Docteur Karim EZALDI
Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste
Bd. HH24 - Lot. Moulay Thami N°4
Rond Point Georges, 1^{er} étage - Appt 5
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. 05 22 90 90 93 - INPE. 091216432

141 Lot. Moulay Thami, Angle Bd. Oum Rabiaa Et Bd. Zoubir « Rond-Point George »,
1^{er} Etage -Appt . 5 El Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 90 90 93 - Email : Dr.ezaldi@gmail.com - INPE : 091216432 - Patente N° : 36054868



ENF: SAMI ASRI

FACTURE : 385/23
DATE : 06/11/2023

Désignation	Qté	P.U. H.T	TOTAL H.T
SEMELLE ORTHOPEDIQUE	1	700,00	700,00
<i>MediOr Laboratoire Orthopédique S.A.R.L Casablanca Tél/Fax: 05 22 93 06 85</i>			700,00

VENTE EN EXONERATION DE LA T.V.A ARTICLE 91-VI-2 DU CODE GENERAL DES IMPOTS

SEPT CENT DIRHAMS

IF : 2265173 - RC : 215729 - PATENTE : 36292279 - CNSS : 8389919 - ICE : 000014598000062

330, BD Eddaoura - Lotissement Hadj Fateh Quartier Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 930 685 / 06 00 600 231 / Fax : 05 22 930 685 / Email : medior78@gmail.com