

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2584 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BADRANE Fouad

Date de naissance : 01.06.1954

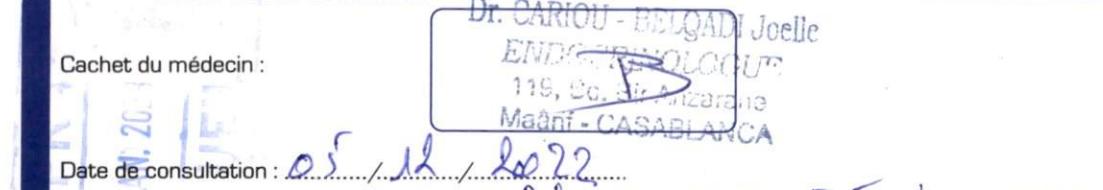
Adresse : Lot 23 Hajj Fath, 1^{er} Etage El Guelta Casablanca

Tél. : 06 66 82 36 31

Total des frais engagés : 24179,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2022

Nom et prénom du malade : TAHIR Haliba Ep. BADRANE Fouad Age : 1953

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Type de DAID. Infarctus cérébral. Atteinte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

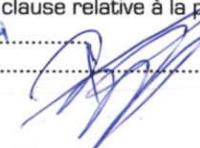
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05/12/2022

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
05.12. 2012	C	9	2500.00	ENDOCRINOLOGUE 115, Bd Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Sophymer sarl Bd Oued Sébou N° 992 Oulfa-Casablanca Tél/Fax : 022 98 40 00 PHARMACIE EL KABIR Abdelati farmacie	05/19/2022	240.70
	05/19/2022	1989.40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

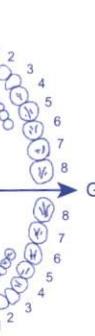
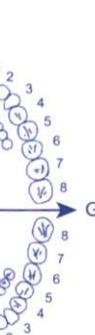
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريوكادي جوؤيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Mme TAHIA. B.NOURI Habiba.

Casablanca, le : 05 / 12 / 22

Levothyrox® 50µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH	Levothyrox® 50µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH
---	---



Régime diabétique

Levothyrox® 100 µg, Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30 Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

24,40x6

13,40x6

~~201,00~~
PIV 201DH00

201,00

~~201,00~~
PIV 201DH00

49,60

146,90

~~CA 223~~
EXP : 04/25
146,90 DH

LOT : CA235
EXP : 07-25

PPC : 146,90 DH

LOT : CA235
EXP : 07-25

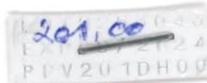
PPC : 146,90 DH

119, شارع بدر الزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

Levothyrox 100 et 50
150 mg - 0 fois

6 jours/7

100 mg -



Soflon 1000 1 lo malam
celuflo 05 1 lo malam

1 jour/7

I care forte 1 dose toutes les 2 mois

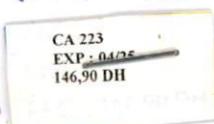
(mois 12-02-04)

PPV: 49,60 DH
LOT: 22R22
EXP: 01/2025

Honest forte 1 matin - 1 soir - 1 mois

(mois 12)

plus 1 soir 3 mois (mois 1, 2, 3).



Pew 4 mois

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. BIR ANZARANE

Maârif - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاذه جووبيل
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 05. Juillet 2002

Tmer TAHIR. BADRANE Habiba

glycosurie + IBC(jo) baudetello

24010

Sté Sophymeb sarl
Bd Oued Sebou N° 992
Oulala-Casablanca
Tél/Fax : 022 93.05.74

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

119, شارع بئر انزاران - 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 - 05 22 99 26 53

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

SOPHYMEB

SOCIETE DE PRODUITS D'HYGIENE MATERIEL MEDICAL ET DENTAIRE

Facture N° : FA22/737

CLIENTS DIVERS 3

DATE	CLIENT	PAGE
05/12/2022	34211119	1

Mme Habiba Tahir

REF	DESIGNATION	QUANTITE	P.U. HT	MONTANT HT
GYLMD19	APP/ON CALL SURE	1	83.333	83.33
GYLMD18	BANDELETTE ON CALL SURE B/25	1	116.667	116.67


 © 2019 ACON Laboratories, Inc.
 6 8260755115 6

 6 8260755126 2

*Sté Sophymeb sarl
 Bd Oued Sebou N° 992
 Oulfa-Casablanca
 Tel/Fax : 022 93.05.74*

Taux	Montant TVA	TOTAUX	NET A PAYER
20.00	40.00	H.T. : 200.00 T.V.A. 40.00	240.00

Arreteé la présente Facture à la somme de : deux cent quarante dirhams

SARL AU CAPITAL DE 300.000 DHS , Bd Oued Sebou N° 992, - OULFA - CASABLANCA - TEL/FAX : 0522 91 48 53- GSM :066-40-02-13

BP CPT N° 190 780 21211 504 4975 000 2 90 - IF 01621626 - RC :81097 - PATENTE 35063620 - TVA :637013 - CNSS :2567248 ICE:000084735000094