

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042162

Maladie Dentaire Optique Autres ^{1 59332}

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : LAYACHI LAHRACH Fatima
 Date de naissance : 06/02/50
 Adresse : 2 rue Am Anzerakoum - CIL Casablanca
 Tél. : 0661 267345 Total des frais engagés : ~~300 V.H~~ 2050 MTS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CARIOU - BELGADI Joe
ENDOCRINOLOGUE
 119. Bd. El Anassir
 Maârif - CASABLANCA
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 07.04.2023
 Nom et prénom du malade : LAYACHI Fatima Age: 1950
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Thyroïde, Diabète, Hcd, Irtroff veineux
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : ostéopore
 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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

RELEVÉ 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
07/04/23	e	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/04/23	2050,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

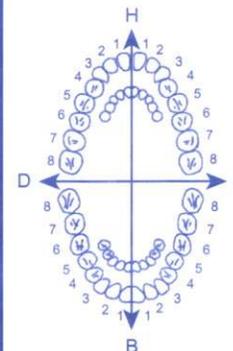
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

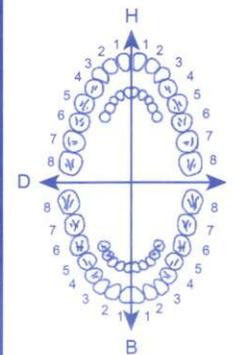
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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 كاريو بلقاضي جويويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{re} LAYACHI Fetima

Casablanca, le : 07/04/22

glucoplex 500 1 cp 2x
LEVOTHYRAX 100
 1 le matin - 0 jeun - 6 jours / 7

195,60
204

FOSAVANCE 560 7j

low

1 cp par semaine.

4 mois
201,00
204

Deflon 1000 1 le matin 7j

49,60

D cure Fates 1 par mois 7j

195,00

1 glucosé + boudelitt 7j

53,10
202

Relax 500 2 - 4j 7j

60,48
202

Diindol 100 supps - 11, 7j

13 Hepavak 1 cp à midi - si constipation

2050,00

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGUE

119, شارع بئر انزران - إقليم بئر انزران - الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53 - الهاتف

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maarif - 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

الصيدلية سيدي
Pharmacie C.I.L
BENBRAHIM Touria
 100, Boulevard Ibn Sina
 Tél : 05 22 36 18 68 - Casa

PPC: 195,00Dhs



2023-09-12
2022-03-24

UDI

09419586001(1)

mg/dL



REF (01) 04015630085811
LOT (10) 31190325
SN (21) GB28462122

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025



Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires
PPV 60DH40 EXP 05/2025
LOT 22015 4



Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires
PPV 60DH40 EXP 08/2024
LOT 16033 3

70058199/00-1
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
4 comprimés
Fosavance 5600 UI
6 118001160471

70058199/00-1
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
4 comprimés
Fosavance 5600 UI
6 118001160471

70058199/00-1
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
4 comprimés
Fosavance 5600 UI
6 118001160471

RELAXOL 500M G/2MG
LOT: 22E004
CP B20
PER: 30/2025

P.P.V: 53DH10
AXOL 500M G/2MG
B20

18000066033