

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Médecine 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

clamation	: contact@mupras.com
se en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

S'engage à garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058465

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4856

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHABBAR MOUSTAFA

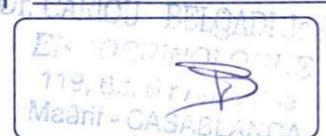
Date de naissance : 18/05/61

Adresse : 16 RUE MESSK ELIYE Hay RAHA 20200 CASA

Tél : 0661965316 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2021

Nom et prénom du malade : BEN HADDOU KARIM Age : 1960

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète Optopatite

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
27-09-2016	Ca	9	250,00	B. CHAOUI - MEDICAL El FARINOL 119, 5 ^e FLOOR Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL WOUD 07, Rue des Rosés A coté Masjid Annour Beausejour 0522 36 84 30 - Casablanca	27.09.21	 PHARMACIE AL WOUD 07, Rue des Rosés A coté Masjid Annour Beausejour 0522 36 84 30 - Casablanca

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	
 Médimed 50, Rue des Hôpitaux Tél : +212 522 29 68 02 / +212 661 10 08 41 Fax : +212 522 20 67 83	08.10.21					600,00

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'ORL.

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 border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td>G</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="3">B</td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																										
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000		00000000																								
35533411		11433553																								
B																										
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																					
					DATE DU DEVIS																					
					DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

بلقاضي جووبيل

أمراض الغدد والتغذية

مصحة كلية الطب بباريس

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

60 comprimés.

PPV : 390 DH

LOT : 210729
DUO : 08/2024
87,00 DH

Casablanca, le : 17/09/21

S.V

6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR : MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V : 193,60 DH

6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR : MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V : 193,60 DH

S.V

Medimed

Dr. CARIOU BELQADI

EN CONSULTATION

114, Bd. Hassan II
RÉGION CASABLANCA

Tél. : +212 522 29 68 01 / +212 522 20 67 83

65, Rue des Hospitaliers, 20360 Casablanca

BP : 244170001

Maroc

100% CASABLANCA

CLAVULIN
AMOXICILLINE +
1g /125 mg

sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des crises
pendant jours.
Lire attentivement la notice avant en-

مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال يوم
مرة باتفاقه في الاستعمال

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 120,40 DH
LOT : 644300
PER : 11/21

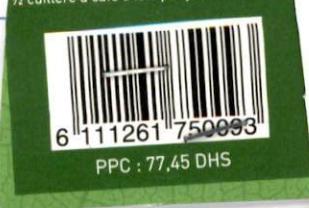
NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V : 56,20 DH

Distribué par MSD Maroc



70058199100-1
ANM 254/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199100-1
ANM 254/17 DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH



FACTURE N° F217126

CLIENT COMPTOIR

Adresse : 14, rue Zaki Eddine Taoussi -ex
Ch?ps , Hermitage - H?itaux
Téléphone :

ICE :

Date	08/10/21
Nom Patient	KARIMA BENDOUROU

Banque : Attijariwafabank
Agence: centre d'Affaires Abdelmoumen
RIB : 007 780 0010305000000186 69

Désignation	Qté	PU HT	Montant
SEMELLE ORTHOPEDIQUE	1,00	600,00	600,00

VENTE EN EXONÉRATION T.V.A
(article 91-VI-2 du code Général des Impôts)

NET A PAYER

600,00

Cachet et Signature:

50, Rue des H?pitaux , 20360 Casablanca
T?l : +212 522 29 68 02 / +212 661 10 08 41
Fax : +212 522 20 67 83

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six cents Dirhames

Tout retard de règlement supérieur à 30 jours, entraîne l'application de pénalités de retard ; ceci conformément à la législation du droit du commerce en vigueur. Tout litige sera de la compétence des tribunaux de Casablanca .

Merci de bien vouloir libeller tous vos chèques avec la mention " non endossable " (barrée) .