

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

ditions 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.

diologie 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.

Éducation :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 074835

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4817 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LOULIDI SAAD Fouad

Date de naissance : 27.01.1960

Adresse : Bd Oued EL MAJEH N° 55 NLFA CASABLANCA

Tél. : 0661052144 Total des frais engagés : 2124,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.05.2022

Nom et prénom du malade : LOULIDI SAAD Fouad Age : 196

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète dyslipidémie fongite

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

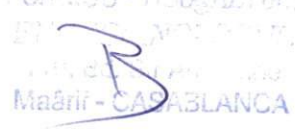
Le : 17.05.2022

Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16.05.2022	A	4	252,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/05/22	1874,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

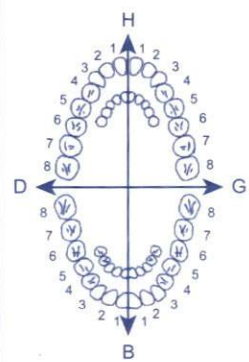
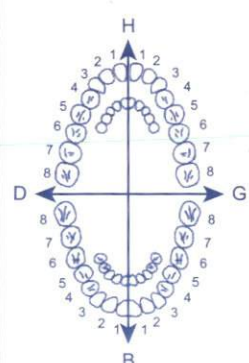
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		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																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M' LOULI, SAAD

Casablanca, le : 16/05/22

fouré

Janumet 50/1000

1 matin - 1 soir

metformine mu 1000

1 matin

nyctur 200

1 soir

omega 3

1 matin - 1 soir

contours plus

chandelles

dermotix creme - 201g

low 3 mois

Dr. CARIOU - BELQADI

Pharmacien

19, Bd. BIR ANZARANE - Maârif - CASABLANCA

Maârif - CASABLANCA

PHARMACIE AL OUARD

S. CHALAK Haj Nassar

Docteur en Pharmacie

55, Av. Oued Sebou - El Oulfa

Tél / Fax : 05 22 90 53 45

CASABLANCA

ICE : 001541468000057

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

Contour™ plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
دستگاههای تست قند خون

CONTOUR™ PLUS

Meters / lecteurs
کونٹور پلس / کنٹور پلاس

REF 84627446

Contour™ plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 111-144 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 328-426 mg/dL

LOT DP1EQHH320

2023-05

Contour™ plus

کونتور پلس / کنتور پلاس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
دستگاههای تست قند خون

CONTOUR™ PLUS

Meters / lecteurs
کونتور پلس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

Contour™ plus

کونتور پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 111-144 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 328-426 mg/dL

LOT DP1EQHH320

2023-05

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO
P.P.V: 437,00 DH.



احترموا الجرعات الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصفة طبية – قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerktouni
Casablanca- Maroc

تاريخ الانتهاء: 05-2021
تاريخ الانتهاء: 05-2023
رقم التسجيل: U031295
Mfg/التاريخ: 05-2021
Exp/التاريخ: 05-2023



جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO
P.P.V: 437,00 DH.



احترموا الجرعات الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصفة طبية – قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerktouni
Casablanca- Maroc

تاريخ الانتهاء: Mfg/exp
05-2021
رقم التسجيل: Lot
05-2023
U031295

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO
P.P.V: 437,00 DH.



احترموا الجرعات الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصفة طبية – قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerktouni
Casablanca- Maroc

تاريخ الانتهاء: 05-2021
تاريخ الانتهاء: 05-2023
رقم التسجيل: U031295
Mfg/التاريخ: 05-2021
Exp/التاريخ: 05-2023

Diaformine®

Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu ^{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

21,00

P D V 2 1 0 H 0 0
P E R 0 3 / 2 5
L C 1 1 0 4

Diaformine®

Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu ^{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

21,00

P D V 2 1 0 H 0 0
P E R 0 3 / 2 5
L C 1 1 0 4

Diaformine®

Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu ^{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

21,00

P D V 2 1 0 H 0 0
P E R 0 3 / 2 5
L C 1 1 0 4

Zyloric®

allopurinol

200^{mg}

28 comprimés
Voie orale

زِيلوريك®

ألوبورينول

200^{ملغ}

28 قرصا
عن طريق الفم

LOT 21357
EXP 11/11
PAY 31.30

Zyloric®

allopurinol

200^{mg}

28 comprimés
Voie orale

زِيلوريك®

ألوبورينول

200^{ملغ}

28 قرصا
عن طريق الفم

LOT 21357
EXP 11/11
PAY 31.30

Zyloric®

allopurinol

200^{mg}

28 comprimés
Voie orale

زِيلوريك®

ألوبورينول

200^{ملغ}

28 قرصا
عن طريق الفم

LOT 21357
EXP 11/11
PAY 31.30