

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-587779

119711



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

4856

Société :

RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

GHABBAR

MOSTAFAX

Nom & Prénom :

18/05/61

Date de naissance :

Adresse :

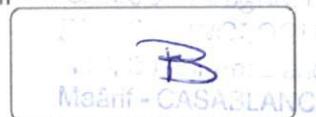
Tél. :

0661 96 53 16

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/05/2022
BENDOUROU Karima

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète - ostéoprose

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 30/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

OL

OL

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
30/05/2022	C	4	250,00	INPE 091039412 DENTISTE - BELQADI Jocelle 115, Bd. Bir Anzarane Maroc - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 09200955 PHARMACIE AL WOUADI 552360830 - Casablanca	30/5/22	21h30,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

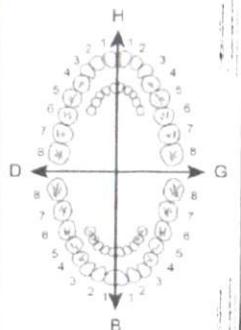
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

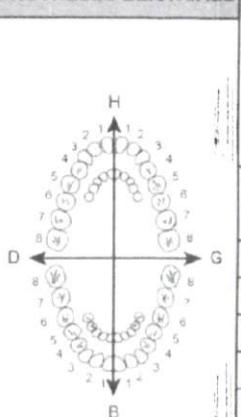
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433582
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433583
B		
G		

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

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

P.P.V : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés

PPV : 390 DH

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

يو بلقااضي جووبيل

أمراض الغدد والتغذية

كلية الطب بباريس

N° BENDOUROU Karime Casablanca, le : 30/05/22

390,00 X 3
GB

GALVUS 50



1 le matin

193,60 X 4

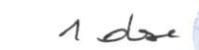
FOSAVANCE 5600



1 per semaine

49,60

Doux Fête



1 dose

2 mois (mois 7, 9, 11)

Prix 4 mois

55,60 1B Surgam 200 cp 1/1



90,80 1B ASTAPH 500 cp 1/1



53,00 ▲ dektarin gel buccal



69,00 Sgl Docinox sirop. 9/11



168,20 ▲ auf menthe 5g sachets. 9/11

Dr. CARIOU BELQADI

FDT, au

Maârif - CASABLANCA

2430,60

PHARMACIE AL WOURoud
67, Rue des Roses A Côté de
l'Amphithéâtre
368430 Casablanca
tente. 24808197SURGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V : 55DH40
LOT : 21E017
PER : 06 2024

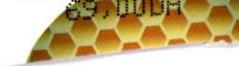
Astaph 500mg/24 gélules



6 118000 090144

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH

6 118001 180745

LOT : 220101
DUO : 01/2025
33,00DH

6 118001 180745

ناتمة رمزي
22 98 14
Etage - Ma
duoelle@yahoo.fr - ICE : 00163416900002170058199/00/1
ANN:294/17/DMP/21/NRQ6 118001 1160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimésDISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V : 193,60 DH70058199/00/1
ANN:294/17/DMP/21/NRQ6 118001 1160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimésDISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V : 193,60 DH70058199/00/1
ANN:294/17/DMP/21/NRQ6 118001 1160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimésDISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V : 193,60 DH6 118001 1160471
ANN:294/17/DMP/21/NRQ6 118001 1160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimésDISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V : 193,60 DH