

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-587753

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4856

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

GHABBAR

Mostafa

Date de naissance :

18/05/61

Adresse :

16 RUE MESK ELILE

Beauxjour

Tél. :

0661 965316

CASA

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. CARIOU - BELQADI Joelle

Cachet du médecin :

ENDOCRINOLOGUE

119, Bd. EL ANZARANE

Marrakech - CASABLANCA

Date de consultation :

29/11/2022

Nom et prénom du malade :

BENDOUROU Karim

Age :

1960

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète - Integresse

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) :

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
29.11.2022	Ca	1	250,00 Dr.	INPE: 091039412 CAHUC-BELOADI Joelle ENDOCRINOLOGUE 15, av. de l'Anzarane Méd. Dr. Beloadi Joelle

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Courtaiseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/2022	1825,80

[illegible]

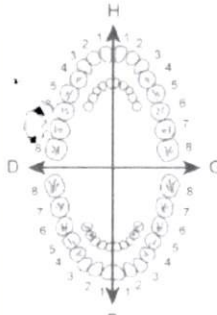
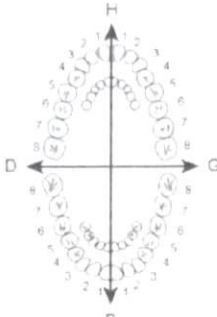
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031330

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Dr. CARIOU B

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل**إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية****جامعة كلية الطب بباريس**70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQDISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V. : 193,60 DH6118001160471
Fosavance 5600 UI

BEN DOU ROU Karima

Casablanca, le : 29 / 11 / 22

390,00 x 2
780,00
193,60 x 4
774,40
49,60 x 2
99,20Galvus 50 1 Le matin
Fosavance 5600 1 cp par semaine
(en dehors des v)
Dure Rate 1 dose tous 2 mois
Low 4 moisPPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/20251430 AB
7130 AB
6330 AB
2130 ABRITHINOFEBRAL
Tanakan 40 cp
Rovamycine 1,5 g cp
Betadine beigeS.V.
S.V.

S.V.

S.V.

LOT: 21E004
PER: 10/2024ROVAMYCINE 1,5 M.U.I
CP PEL B16

P.P.V. : 63DH30

**RHINOFEBRAL®** ☒
20 GELULESParacétamol, Maléate de
chlorphénamine
Acide ascorbique / geluletanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

1823,80

PHARMACEUTICAL WOURD
67, Rue des Roses A Coté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192Dr. CARIOU - BELBADI Joelle
ENDOCRINOLOGIE
119, Bd. El Anzar
Maârif - CASABLANCAن - إقامة رمزي، باب
05 22 98 14 67

3ème Etage - Maârif - 2000

E-mail : carioujoelle@



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



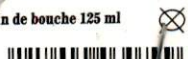
6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V. : 193,60 DH

Be...
Betadine® 10 g
Jain de bouche 125 ml ☒

6 118000 030799