

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

- Reclamation : 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-581771

54248

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2172

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ARRAKI DAFIR

Date de naissance : 29/09/1953

Adresse : 23 bis Lot 4 Boussouf

BP 177

Tél : 0661/96269

Total des frais engagés : 985,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : ARAKI DAFIR

Age : 1953

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 03/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

MUPRAS
ACCUEIL
JAN 2021

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
26.10.20	G	-	0	INPE: 091039412 Madi - CASABLANCA
30.11.20	G	1	25200	

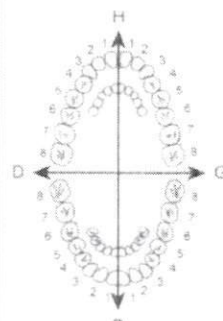
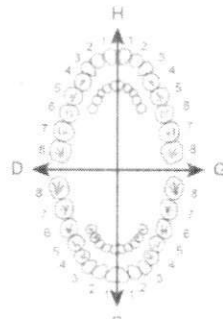
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MOUD Dr. BELLAHOU ARKAT Rm al Labou Bouskoura Tel: 05 22 33 45 36	30/11/2020	T = 295.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Dr Anzarani 117 Bd Bir Anzarani CASABLANCA	26/10/2020	B: 310 + fnt	440.40 M

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35523411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25523412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35523411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25523412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35523411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse.			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															

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

م. ANAKI Joëlle

Casablanca, le : 26.10.20

, TSHus

, Triglycerides

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

Laboratoire Bir Anzarane
119, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

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



Prescripteur : . .

Réf : 2010261048

Dossier ouvert le : 26-10-2020 10:14

Edité le : 31-10-2020

Mr. ARRAKI Dafir

Page 1 / 1

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Triglycérides: 1.27 g/L (0.40-1.50)
1.45 mmol/L (0.46-1.71)

24-02-2020
1.74

HORMONOLOGIE

T.S.H: 0.01 mUI/L (0.25-5.00)
(Chimiluminescence/Cobas6000)

24-02-2020
0.02

Résultat contrôlé

Fin du compte rendu

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 26-10-2020

Mr. Dafir ARRAKI

FACTURE N°	2010261048
------------	------------

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0163	TSH	B250	B
0134	Triglycérides	B60	B

Total de B : 310

TOTAL DOSSIER	440.40 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quarante dirhams quarante centimes

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

m^r ANNAKI Dahir

$$\begin{aligned} 24.10 \times 3 &= 73.20 \\ 13.10 \times 3 &= 40.20 \\ &6.80 \end{aligned}$$

Casablanca, le : 20/11/2020

LEVOthyrox 100 - 50 - 25

175 (100 + 50 + 25) - 5 jours / 7

150 (100 + 50) - 2 jours / 7

Duree totale 49.60

1 dose tous les 2 mois

(mois 12 - 02 - 04).

125.30

1 vaccin grippe -

T = 295.10

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
E. CARIOU - BELQADI Joëlle
Maârif - CASABLANCA

DR. BELLAOUI ARAFAT
Pharmacie AL Joud
Rm al Labat Bouskoura
Tél: 05 22 33 45 86

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
E. CARIOU - BELQADI Joëlle
Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

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



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg, -

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH_u

7862160336

2011-11-11
Dn-1
112



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH_u

7862160336

2011 10 10
Dn 10
10 10 10



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg, -

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH_u

7862160336

2011-11-11
Dn-1
112



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335

13

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

Sarofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml

sol inj b1

P.P.V: 125,30 DH



6 118001

082247



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

m' AMAKI Sofi

Casablanca, le : 26.10.20

, TSitus

, Triglycerides

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

Laboratoire Bir Anzarane
119, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

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