

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-686672

245090

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02740 Société : RHM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL YOUSFI BOUCHAÏE  
 Date de naissance : 01 JAN 1956  
 Adresse : 42 LOT ESSAFA EL OULFA CHAKLAN CA  
 Tél. : 0665324344 Total des frais engagés : 1010,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CARIQU - BELQADI Joelle  
 ENDOCRINOLOGIE  
 119, Bd. El Anzarane  
 Maarif - CASABLANCA  
 Date de consultation : 28/11/2022  
 Nom et prénom du malade : ZEROUET Nejha  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint  
 Nature de la maladie : Thyroïde Hcd depuis N°13  
 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 : 28/11/2022  
 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
28-11-2022	C	1	250,00	INPE: 091039412 DENTROLOGIE BELQADI Joelle 119, Bd. El Anzerane Marrakech - CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدانية النية PHARMACIE AN-NIA Déssement Assafa - Imn 18, 4A - Oufia Casablanca - Tél: 0522 93 46 92	28/11/2022	1019,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

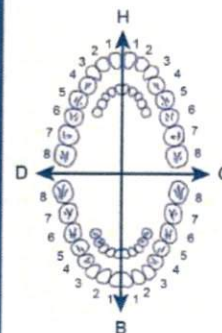
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

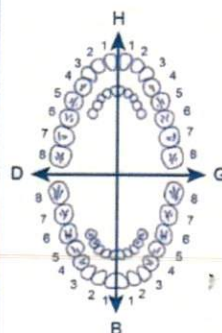
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

COEFFICIENT  
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

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<sup>me</sup> ZERGUIT. Nerho

Casablanca, le : 28 / M / 22

2x13,40

LEVOTHYROX 50

1 le matin - a jeun

ROZAT 10

1 le soir

Dans Fate

1 tous les 2 mois

2x49,60

Low Giron

1010,40

PPV: 147DH40  
PER: 06/24  
LOT: L2020-2

PPV: 147DH40  
PER: 06/24  
LOT: L2020-2

PPV: 147DH40  
PER: 09/24  
LOT: L2954-2

PPV: 147DH40  
PER: 09/24  
LOT: L2020-2

صيدانية السبيح  
PHARMACIE AN-NIA  
ment Assafa - Im 18, 4A - Oulfa  
anca - Tél: 05 22 93 46 22

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

PPV: 147DH40  
PER: 09/24  
LOT: L2954-2

PPV: 147DH40  
PER: 06/24  
LOT: L2020-2

باب (ب) الطابق الثاني  
2 23 84 84 - 05  
AMZI - Porte B 2ème  
4 67 - 05 22 99 26 53 - 1