

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0042162

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAYACHI LAHRACH Fatima

Date de naissance : 06/02/50

Adresse : 2 rue Am. Armand - CIL  
Casablanca

Tél. : 0661 267345

Total des frais engagés : 300 V.H. 2050 MTS

Cadre réservé au Médecin

Dr. CARIOU - BELGADI Joël  
ENDOCRINOLOGUE  
119. Bd. El Anassir  
Maârif - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.04.2023

Nom et prénom du malade : LAYACHI Fatima Age : 1950

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Thyroïde, Diabète, Arthrose, Infection veineuse

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Ostéoporose

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) : .....

## 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

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
07/04/23	e	1	300,00	Dr. CARIOU - BELQADI Joelle ENDOCRINOLOGUE 119, Bd Bir Anzarane Maarif - CASABLANCA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie C.I.L. BENBRAHIM Touria 100, Boulevard Ibn Sina Tél : 05 22 36 18 68 - Cas	07/04/23	2050,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

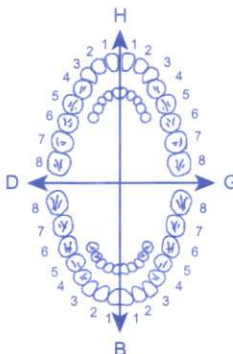
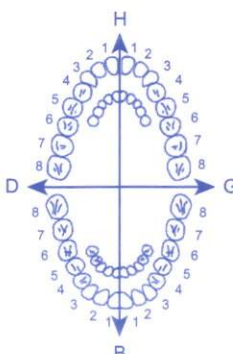
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																					
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			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

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جويويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

م<sup>re</sup> LAYACHI Fetima

Casablanca, le : 07/04/22

{ glucoplex 500 1 cp 3x es  
LEVOTHYRON 100  
1 le matin - 0 jeun - 6 jours / 7

193,60  
201,204

low

4 min  
201,204

49,60

195,00

53,10 202

FOSAVANCE 560 1 cp

1 cp par semaine.

Deflon 1200 1 le matin

D cure forte 1 po mon

1 glucosette + berdelutis

Relaxol 300/2 - 4j

Diindol 700 suppo - 11,

13 Hepanar 1 cp 0 midi - si constipelon

2050,00

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGUE

119, Bd. BIR ANZARANE - 20100 CASABLANCA - 119, شارع بئر انزران - الماريف - الطابق الثاني - الماريف - 20100 الدار البيضاء

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

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maarif - 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

صيدلية سينا  
Pharmacie C.I.L  
BENBRAHIM Touria  
100, Boulevard Ibn Sina  
Tél : 05 22 36 18 68 - Casa



PPC: 195,00dhs



UDI

09419586001(1)

mg/dL

2022-03-24

2023-09-12



SN (21) GB28462122  
LOT (10) 31190325  
REF 07133766191  
(01) 04015630085811



PPV: 49,60 DH  
LOT: 22J05  
EXP: 10/2025

201V02

201V02

201V02

201V02

PPV 60DH40 EXP 05/2025 LOT 22015 4

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40 EXP 08/2024 LOT 16033 3

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires



P.P.V: 53DH10

AXOL 500MG/2MG



P.P.V: 53DH10

RELAXOL 500MG/2MG

LOT: 22E004  
PER: 31 2025

P.P.V: 193,60 DH  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI



P.P.V: 193,60 DH  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI



P.P.V: 193,60 DH  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI



70058199/00-1  
AMM 29417 DM/P21/NRQ

70058199/00-1  
AMM 29417 DM/P21/NRQ

70058199/00-1  
AMM 29417 DM/P21/NRQ