

# 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.

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 : 06/09/50

Adresse : 2 rue Aïn Asserdaoui - Coll Casablanca

Tél. 0661267345 Total des frais engagés 111.000.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. OARIOU - BELQADI Joelle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maârif - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2017

Nom et prénom du malade : LAYACHI Fatima

Age : 67

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie avec thyroïdite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Oachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/09/13	C2		300 Dhs.	Dr. GOUYO - BELQADI Joelle ENDO-ERINIOLOGUE 119, Bd. Dr. MAZRAANE Maastricht - CASABLA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie O. I. N.</b> <b>NBRAHIM</b> Boulevard Ibn Sina 22 36 18 68 - Casa	10/08/03	1187,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from a front-on perspective. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing specific dental positions or landmarks. The numbers are distributed as follows: the upper row has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8; the lower row has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, and 1. The teeth are represented by small circles with horizontal lines through them, and the numbers are placed directly next to each corresponding tooth.

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME  
Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Mr LAYACHI Fatima  
Casablanca, le : 10.08.13

146,90 DOP FOSAVANCE 5600 (A.S) ADRONAT 14S 1 per semaine

24,05B. 100 LEVOTHYROID 100 (A.S)  
1 le matin - 6 jours / +

Daflon 1000  
1 le matin (A.S)

Duret forte 1 per 2 mois

Bandelette 200 (A.S) 1 cp mi-exces

glucophobe 500 1 cp mi-exces

14,80 1B (A.S) 1 cp mi-exces

58,00 1B INOCOLYSE 500 1 cp mi-exces

aspirine 500 sachets (A.S)

118,40

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. BIR ANZARANE  
Maârif - CASABLANCA

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

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

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 - ICE : 001634169000021

LD N°2

LOT : 230729

EXP : 05/2026

PPV : 57,80DH

INDOCOLLYRE 0.1%

Colyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

عيار عبار

H8956

FAB/ تاريخ الانتاج

10-2022

EXP/ تاريخ الصلاحية

03/2024

6118001270088

PPV: 58,00 DHG

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

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

(01) 0. PPC: 135,00Dhs

LOT (10) 26064214

2024-03-23

2022-06-24

(0) PPC: 135,00Dhs

LOT (10) 26064214

2024-03-23

2022-06-24

UDI

Buchetta

AERONAT 70

176,00

PPV 176DHGS

PER 03/26

LOT M757

176,00

PPV 176DHGS

PER 03/26

LOT M757

176,00

PPV 176DHGS

PER 03/26

LOT M757

176,00

PPV 176DHGS

PER 03/26

LOT M757