

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.

N° W21-697515

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2779	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSA AF		Date de naissance : 11/81/57	
Adresse : 107 Rue Bourguane RES REDATTI APT 24		Total des frais engagés : 668,60 DHS	
Tél. : 0664177480			

Autorisation CNDRP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Dr. CARIOU BELQADI Joelle ENDOCRINOLOGUE 119, Bd Bip Anzarane Maârif - CASABLANCA
	Cachet du médecin :
	Date de consultation : 21/09/2023
	Nom et prénom du malade : ESSA AF fatima
	Age : 1957
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : Hypothyroïdie
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EZ02 AC 91
	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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/06/2013	C	9	300,00	Dr. CARIOU - BELQADI Joelle ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMMAM Souscrire à la Pharmacie en Béjaïa à l'ordre de Mme Lamia Sounni en date du 16/09/2023 N° de facture : 092003458	16/09/2023	368,60

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
		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.

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"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقااضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{me} ESSAF Fatima

Casablanca, le : 21/09/13

24,40 x 0,6
ng } LENTHY vox 10s 
49,60 x 0,3
SB } 1 le matin 5 jours/7
38 } 1 cure forte 1 per mois (flore).
36,10 x 0,2
SB } 1 + 2 mois (été) 1 + 2 mois (hiver)

ANXIETY 114 Le soir à besoin.

368,16 = few 12mn 

AB FONCAPIL 2 le matin.

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

PHARMACIE ALAMA
Mme Alami Soumnia Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Annabhis Beaussejou
Casablanca Tel. 05 22 39 09 70

119، شارع بئر انزان - 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 - ICE : 001634169000021

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA
Tél. 05 22 39 09 70
Fax : 05 22 39 09 70
E-mail : carioujoelle@yahoo.fr
ICE : 001634169000021
13 Rue Annabhis Beaussejou
Casablanca
Mme Alami Soumnia Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Annabhis Beaussejou
Casablanca Tel. 05 22 39 09 70

سبرب امبوودت ٣

د-كير® قوي

كوليكسيفيرول 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتى للشرب

١٨

SMB

Fabriqué par :
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Remboursable

MCP2200M/003118
09/08/2018

EXP: 01/2026
LOT: 23A31
PPV: ٦٩,٦٠ DH

61

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

PZ20MA003118
06/08/2018

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3



Importé par : **Ergo Maroc**

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكسيفرول 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



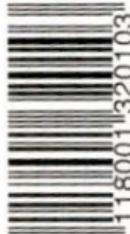
Solution huileuse buvable

محلول زيتى للشرب

SMB

Fabriqué par :

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6990 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



15

MCP2020M00318
09/08/2018

EXP: 01/2026
LOT: 23A31
PPV: 49,60 DH

Hauttouriste

3

2

1

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

EXP:
Lot:
Fab:

10/2024
101 ADV
11/2021



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

30 قرصاً قابلاً
للكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111



سپماکو المغرب
SPIMACO MAROC

ANXIOL®
Bromazepam
30 Comprimés
quadrisécables

EXP:
Lot:
Fab:

07/2025
601 NYW
08/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LRP
07/2022



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

07/2023
600 µg
08/2024

EXP:
Lot:
Fab:



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

par Cooper Pharma, 41
 Rue Mohamed Diouri 20110
 Casablanca, Maroc Amina Daoudi
 Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
 37 rue Saint-Romain
 69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
 Merck KGaA,
 Frankfurter Strasse 250,
 64293 DARMSTADT
 Allemagne



6 118001 102020

XP:
 Lot:
 Fab:

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020
 Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

7862160342

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

EXP:
Lot:
Fab:

10/2024
601ADV
11/2021



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862100342