

# 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.

M22- 0028606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5083** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **CHERIF ALAMZ Nadia Née Benabdellah**

Date de naissance : **12.07.61**

Adresse :

Tél. : **0661188421** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. CARIOU BELGADI J.  
ENDOCRINOLOGIE  
119, Bd. Bir Anzar  
Maârif - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13.02.2023**

Nom et prénom du malade : **CHERIF ALAMZ Nadia** Age : **1961**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Diabète Hypoglycémie**

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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18.02 2023	6	1	300 ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA	Dr. CARIOU - BELQADI Joelle

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>LAMRATI MERYEM</b> Pharmacie des Familles Angle Rues de Normandie et Imam Tabarani Casablanca - Tél: 0522.25.05.60	13.02.93	304,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		
		Coefficient des travaux																
		Montants des soins																
		Date du devis																
		Date de l'exécution																

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريير، قاضي جووويل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 13/02/23

CHENF ALAMI

48,80 Medic

26,40x2) LEVOTHYROID 100 50

(13,40x2) 96,80

69,40 " 50

29,80x3) Glucophage 500

pour 6 mois

103,60 AMOXIL 500 mg

13 (6m) SMECTA sachet

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

58,90 Levoph

68,00x2) 13,60 25

301,60

6 matin - apm.

5 jours / 7

1cp<sup>1/2</sup> (=75) - 2jours/11

1cp le matin (ou pres)

PPV: 103,60 DH  
LOT: 649719  
PER: 04/24

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

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

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

LOT 221447  
EXP 10/2027  
PPV 20-80DH

LOT 221447  
EXP 10/2027  
PPV 20.800DH

LOT 221447  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

LOT:21E070  
PER.:09 2024

SMECTA ORANGE VANILLE  
3G SACHET B30   
P.V.: 52DH40  
  
118000 011460

يجرب الخبراء الطبيين قبل التقطع الشفري الكامن مع أدوية أدوية أخرى مع تدوير بليلة الطبيب أو قبل أو قد تأخذ الحصول عليهما فعالية لفترة تدرس.

8-118001-102006  
Levohydrox@ 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6.80 DH

Compliments                       <img alt="Small logo or seal" data-bbox="15

Levophyrox® 50 mcg.  
118001 102013

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

6 118001 102020  
Leyothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342