

# 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.

**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**  
M22- 54636

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3053 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 159756  
 Nom & Prénom : MIR ZAKARIA  
 Date de naissance : 23-03-1958  
 Adresse : Résidence KARMY 2 N°76 Rue Albert Samain Val Fleuri Maarif CASABLANCA  
 Tél : 0618856527 Total des frais engagés : 1881 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CARIOU - BELQADI Joelle  
 ENTHÉROLOGUE  
 119, Bd. El Anzarane  
 Maarif, CASABLANCA  
 Date de consultation : 17/04/2019  
 Nom et prénom du malade : MIR ZAKARIA Age : 65  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hypercholestérolémie  
 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 : CASABLANCA Le : 17/04/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
17.04.2023	Ce	9	300,00	Dr. CARIOU - BELGADI J ENTÉROLOGUE 116, Bd. Bir Anzarlou Maârif - CASABLANCA

Actes	Actes	Coefficient	des Honoraires	attestant le Paiement des Actes
17-04-2023	Ce	9	300,00	Dr. CARIOU - BELGADI J ENDOCRINOLOGUE 116, Bd. Bir Anzarlou Maârif - CASABLANCA

\_\_\_\_\_

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Motivité
----------------------	------	----------

	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

[illegible]

--	--	--	--

T41-05 202125 13	T41 15111a
------------------------	---------------

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Gachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

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	

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

du Praticien	Soins	AM	PC	IM	IV	Montants actuels des Honoraires
--------------	-------	----	----	----	----	---------------------------------

## RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
-----------------	-------------------	---------------------	-------------	--


H 


 COEFFICIENT DES TRAVAUX 

--


				MONTANTS DES SOINS	

					DEBUT D'EXECUTION	

				FIN	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
				D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
------------------------------	--	--

PROTHÈSES DENTAIRES	MASTICATOIRE		
	H		
25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX	


 35533411 11433553  
**B**  
 (Création - remaniement - adaptation)  
 MONTANTS DES SOINS

D

G

DATE DU DEVIS

B		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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>r</sup> Mir Zohano

Casablanca, le : 17/04/23

Crestor 20

1 cp au repas principal

261,00  
250,00  
1850,00

Low 6 mois



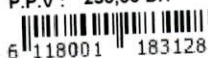
PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laälaj  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 0015137700000140

Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 261,00 DH



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

Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 250,00 DH



Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 250,00 DH



Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 250,00 DH



PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laälaj  
Cité Plateaux - Casablanca

Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 250,00 DH



Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 250,00 DH



119, شارع بئر انزران - (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