

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.

Biologie 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

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 : N° P19- 0014139

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05110 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAARI Mohamed Date de naissance : 02/08/1942
Adresse : 194 LOT AL ADDARISSA SIDI MAËBOUR-CAS
Tél. 0621-13-89-87 Total des frais engagés : 250,00 + 194,20 + 882,00
1326,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CARION - BELQADJ Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. El Anzarane
Maarif - CASABLANCA

Date de consultation : 26/09/11
Nom et prénom du malade : NOUKHLES ZAARI Najia Age : 1958
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète HTA

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 : 26/09/2011

Signature de l'adhérent(e) :


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
24.03.18	G	-	9	
26.03.18	G	+	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2018	882,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/09/19	B133	194,20 Dg

AUXILIAIRES MEDICAUX

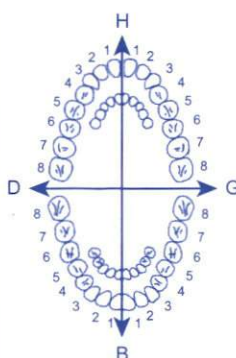
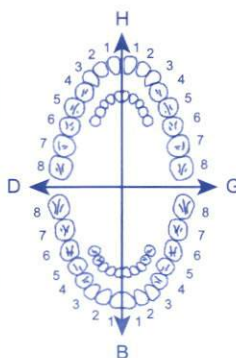
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE 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

م^ه NOURHALES Nejla

Casablanca, le : 26/09/2019

Lantus substar 28 (même heure)

NovoLogic flexpene 12 matin

12 midi

12 soir

avant
repas.

294,00
x
3

Coveram

1 cp matin

ANXIOL

1/2 cp le soir. si besoin

T=882,00

pour 3 mois

صيدلية ابن تيمية

PHARMACIE IBN TAIMIA

FOULOUS Abderrahim

Docteur en Pharmacie

N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf

Tél 0522 33 52 25 Casablanca

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE

119, Lot Al Anzarane

Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - 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

COVERAM® 5mg / 5mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 10mg / 5mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 5mg / 10mg

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 10mg / 10mg

Périndopril arginine / Amlodipine

Veuillez Lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si la dose est faible.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable survenant pendant ou après la prise du médicament.
- Si vous êtes enceinte ou que vous souhaitez devenir enceinte, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable survenant pendant ou après la prise du médicament.

Dans cette notice :

primé. COVERAM, comprimé

est déconseillé en début de grossesse. Il pourrait nuire à votre bébé.

COVERAM® 5mg / 5mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 10mg / 5mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 5mg / 10mg

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 10mg / 10mg

Périndopril arginine / Amlodipine

Veuillez Lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si la dose est faible.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable survenant pendant ou après la prise du médicament.

(Cf. «Quels sont les effets indésirables éventuels?»).

Dans cette notice :

primé. COVERAM, comprimé

est déconseillé en début de grossesse.

pourrait nuire à votre

29410

COVERAM® 5mg / 5mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 10mg / 5mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 5mg / 10mg

Périndopril arginine / Amlodipine

COVERAM® 10mg / 10mg

Périndopril arginine / Amlodipine

Veuillez Lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si la dose est faible.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable survenant pendant ou après la prise du médicament.
- Si vous êtes enceinte ou que vous souhaitez devenir enceinte, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable survenant pendant ou après la prise du médicament.

Dans cette notice :

primé. COVERAM, comprimé

est déconseillé en début de grossesse.

pourrait nuire à votre

29410

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{me} MOUKHLES Nejia
ZAAFI

Casablanca, le : 26.08.19

- Hb A_{1c} - glycémie -

LABORATOIRE
Tél: 0522 33 52 09 00 00
Fax: 05 22 33 52 71 - CASA
119, Bd. BIR ANZARANE
Maârif - CASABLANCA

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

119, شارع بئر انزران - 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

Laboratoire d'Analyses Médicales

Sidi Maarouf

Facture

Casablanca, le 24/09/2019

Dossier N°: 240919-050 du: 24/09/2019

Médecin Dr : BELQADI Joelle

Patient :Mme ZAARI Najia

Analyse	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE A JEUN	30	40,20
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	134,00
Prélèvement sang veineux	1	20,00
Total :		<u>194,20</u>

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE 00168159-0000
IF: 40606806 - TP 38150885
CNSS: 986124-110 410231



مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste

Casablanca, le 24/09/2019

Code Patient : 14-04340

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 240919-050 Pvt du: 24/09/2019 9:51

Nom : Mme ZAARI Najia

Demandé par Dr : BELQADI Joelle



Page : 1/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

GLYCEMIE A JEUN

(Méthode enzymatique à l'hexokinase)

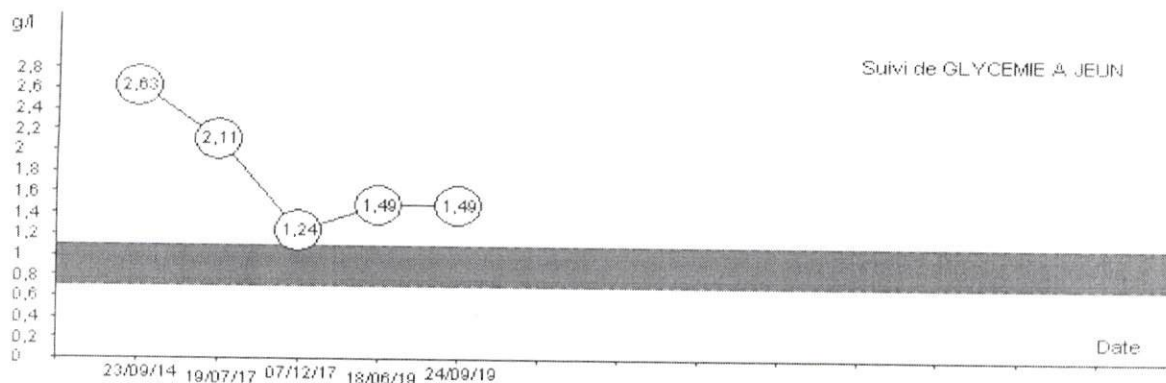
: 1,49 g/l
8,20 mmol/l

Valeurs Usuelles

(0,7 - 1,1)

(3,85 - 6,05)

Antériorité

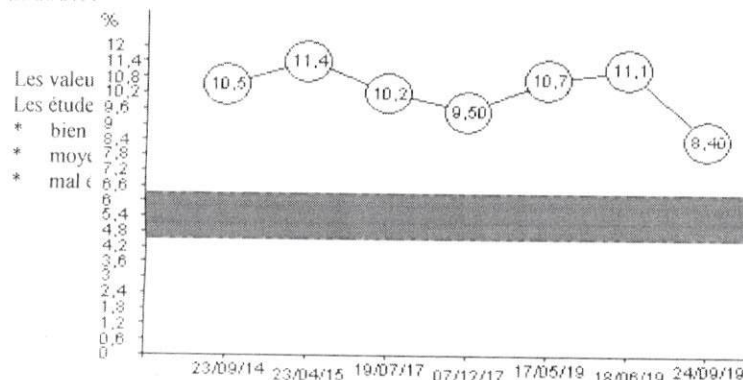


HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :

(HPLC D10-1)

: 8,4 %

(4,5 - 6,3)



LABORATOIRE SIDI MAAROUF
Dr. GHIZLANE HADDIOUI
Médecin Biologiste
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 33 52 09 / 06 68 15 24 24
Fax: 05 22 33 52 71