

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIBRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0008514

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1150 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dr. CARIOU - BELQADI Joelle Date de naissance : 21/01/1962

Adresse : 115, Rue D'Abouer. DSS

Tél. : 0661 211653 Total des frais engagés : 62380 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CARIOU - BELQADI Joelle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maârif - CASABLANCA

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....  
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 : 20/01/2018

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
28.08.19	G	—	\$	<i>Bel Oadi Jette Maarif, Casablanca</i>
			facteur	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AL MAARIF</i>	28/08/19	623.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
<b>H</b>	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
<b>G</b>				
<b>B</b>				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

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

نº CHAFIK Mounir

Casablanca, le : 28/08/19

12B LEVOTHYROX 50 step + 1cp = 75 - sérum  
12B " 25 + 1cp

6B COREN. TEC 1/2 cp per jour

8B Relâchement des fibres le soir, avec 8-10g

3B 2 FORMATION d'un souffle le soir

4B Hepatose 1 cp midi - n° besoin

9B 6000 deodorant 6 gouttes matin - 12 mois

62380 pour 12 mois

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

**OSMOSINE®**

Hydroxyde de Magnésium



Flacon de 260 ml



6 118000 210054

260 ml

**Suspension  
Voie Orale**

PPV  
34DH00

**OSMOSINE®**

Hydroxyde de Magnésium



Flacon de 260 ml



6 118000 210054

260 ml

**Suspension  
Voie Orale**

PPV  
34DH00

- UNIQUEMENT

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

CO-RENITEC®

28 comprimés



Remboursable AMQ



6 118000 290032

- UNIQUEMENT

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

CO-RENITEC®

28 comprimés



Remboursable AMQ



6 118000 290032

- UNIQUEMENT

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

CO-RENITEC®

28 comprimés



Remboursable AMQ



6 118000 290032

- UNIQUEMENT

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

CO-RENITEC®

28 comprimés



Remboursable AMQ



6 118000 290032

- UNIQUEMENT

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

CO-RENITEC®

28 comprimés



Remboursable AMQ



6 118000 290032

- UNIQUEMENT

LOT S007350 1

EXP 12 2021

PPV 66.70 DH

CO-RENITEC®

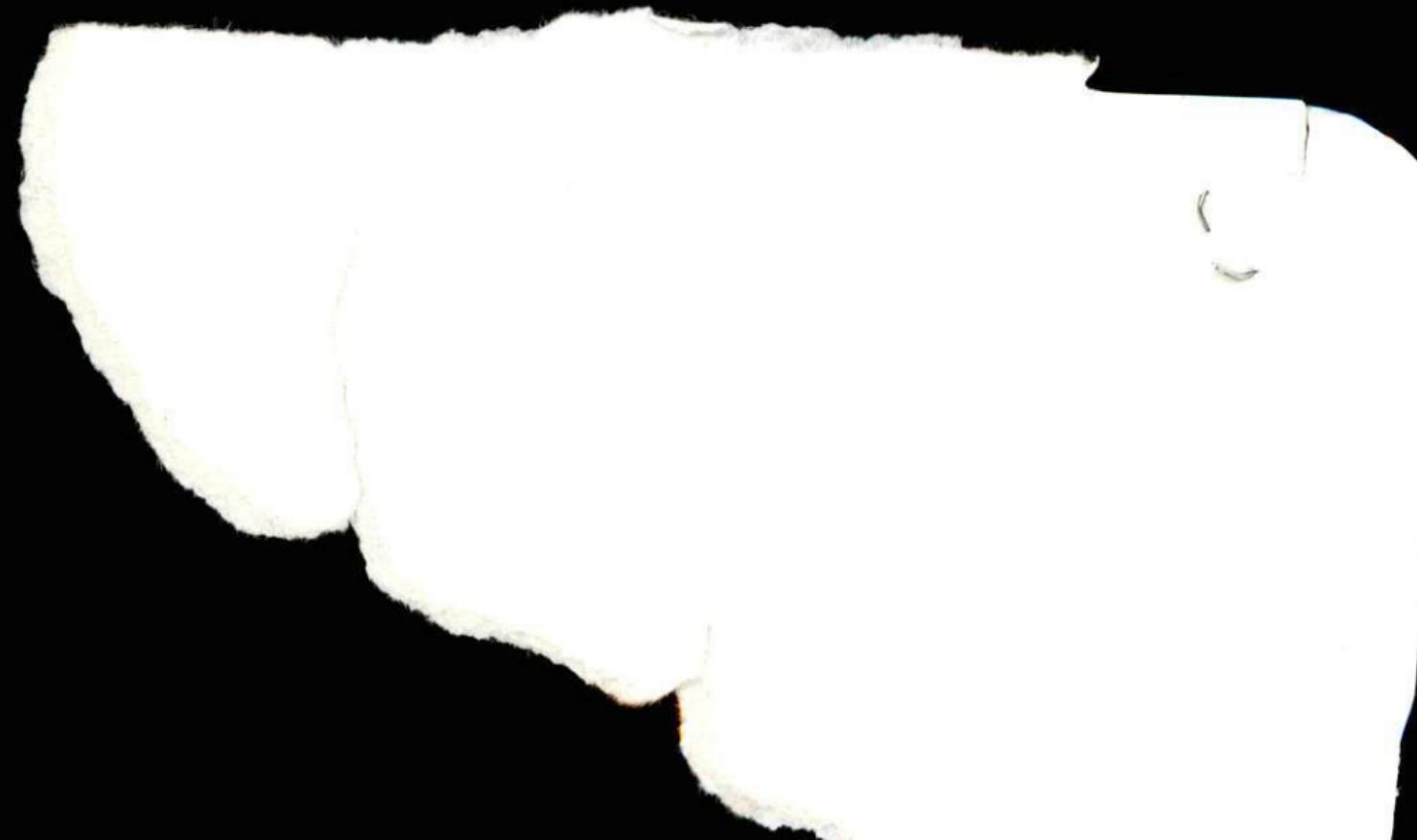
28 comprimés

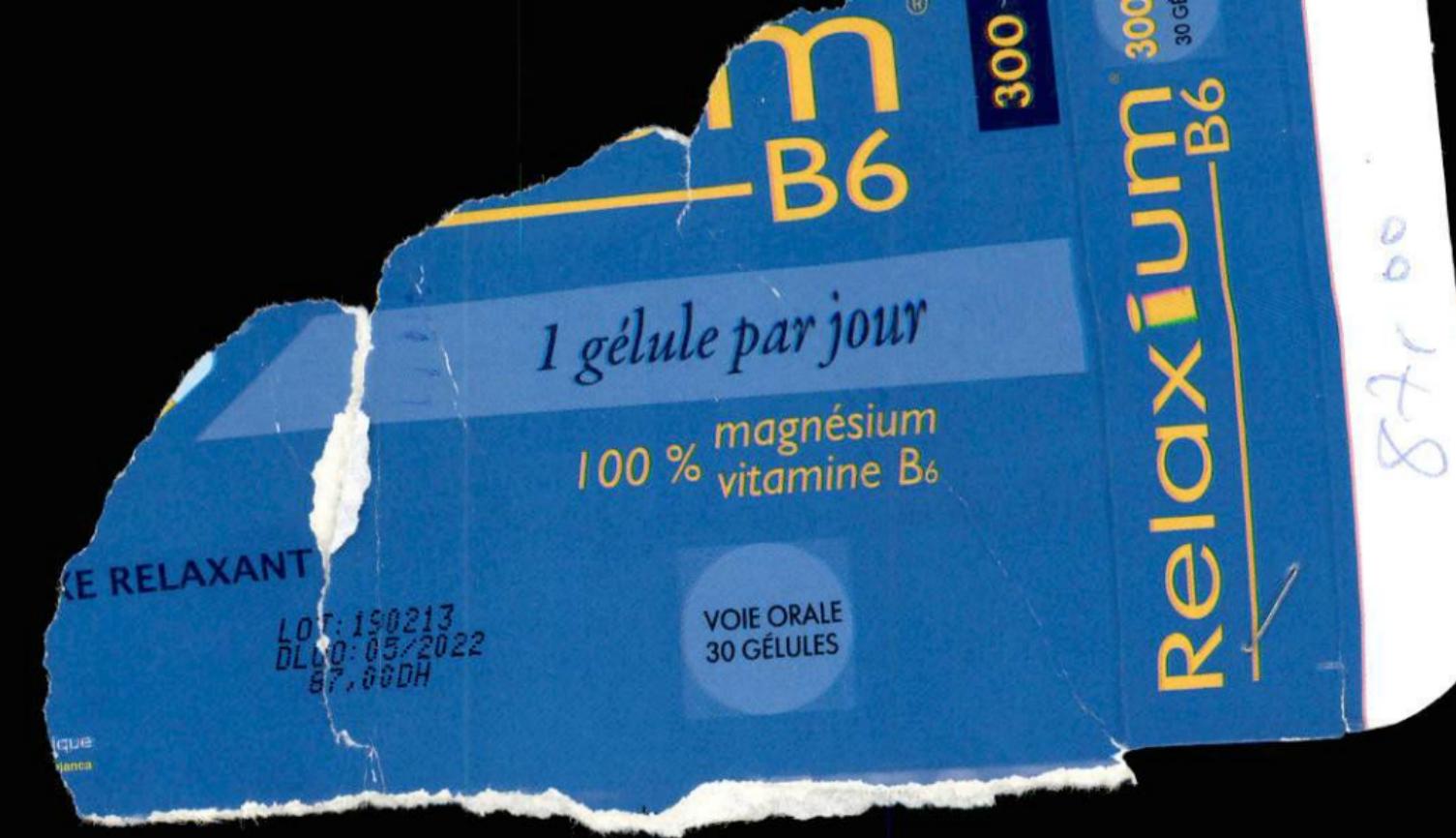


Remboursable AMQ



6 118000 290032





87,00