

# 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.

## Prothèse 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- 057291

NID: 45751

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed

Date de naissance : 1939

Adresse :

Tél. : 05229.10.70 Total des frais engagés : 2.115,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2020

Nom et prénom du malade : CHAKER Mohamed Age: 1930

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur, gonfle, courbure vertèbres

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 : 16/10/2020


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
16/10/2020	C	9	250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/10/2020	2065,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

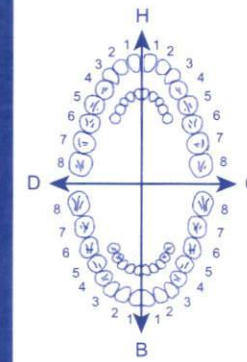
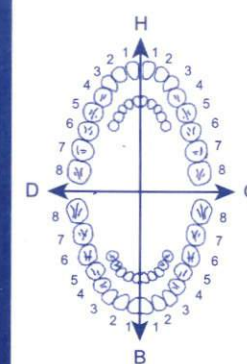
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13  
ICE: 002291220000071

mme CHAKIR Milouda

Casablanca, le : 16/10/2020

11,00x11

HUMALOG mix 25 Ruisk

(S.V)

14 matin

8 soir avant repas

veufue 8mm a null

low ymon

45,00 1T

venoxyl gel

(S.V)

26,20x5

allopurnal 100 2 le soir

(S.V)

48,90 13

alora 1cp/j - si ellege

(S.V)

49,60 13

Dave tate

(S.V)

dose a boire, ts les 2 mois  
(mois 10 & 12 - 02)

255,00x11

Bandelettes

(S.V)

i = 206,50

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13  
ICE: 002291220000071  
Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle  
Maarif - 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



VE VF63 0623 L  
LOT PER  
Prix 75.00

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26.20 DH  
6 118000 190561

LOT: M3336  
PER: 02/2022  
PPV: 78,90 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.6  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.6  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.8  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

GTIN

PPC: 255,00 Dhs<sup>07</sup>

LOT (10)



# ACCU-CHEK<sup>®</sup>

## Active

07124112

**50** Test strips

**5** ca.  
sec.

For the  
determination of  
blood glucose

Suitable for  
self-testing

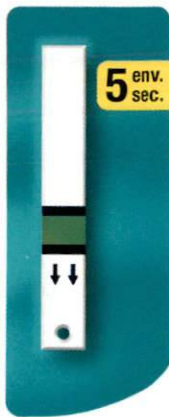
Only for  
Accu-Chek<sup>®</sup> Active

Roche

# ACCU-CHEK<sup>®</sup>

## Active

\*07124112

**50** Bandelettes réactives

**5** env.  
sec.

Pour la  
détermination  
de la glycémie

Utilisable en  
autocontrôle

Seulement pour  
Accu-Chek<sup>®</sup> Active

Roche

70006932

13

1047987/6095609  
FG0010273-121

GD2 350 IV



GTIN

PPC: 255,00 Dhs 07

LOT (10)



# ACCU-CHEK®

## Active

07124112

**50** Test strips



**5** ca.  
sec.

For the  
determination of  
blood glucose

Suitable for  
self-testing

Only for  
Accu-Chek® Active

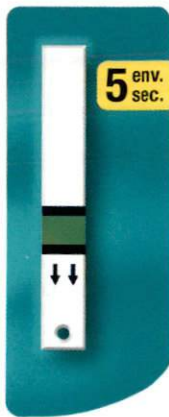
Roche

# ACCU-CHEK®

## Active

\*07124112

**50** Bandelettes réactives



**5** env.  
sec.

Pour la  
détermination  
de la glycémie

Utilisable en  
autocontrôle

Seulement pour  
Accu-Chek® Active

Roche

70006932

13

1047987/6095609  
FG0010273-121

GD2 350 IV

