

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.

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.

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

Nº P19- 058001

40729

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7610 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHABIBA KHALIDA

Date de naissance : 01.07.1963

Adresse : HAFATEH ELOUJELFACOTT N° 21

Tél. : 0663249474 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologue
Urologie
N°100 Résidence Al Othaq Bel Oum à
Oujda Casablanca Tel. 05 22 20 45 45

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : CHABIBA KHALIDA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Thyroïde

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 SEP. 2020

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
14/10/2020		2500	16710	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACIE HAMZA Casablanca Lalla Haj Fatima Rue 6 N° 3 Lot 61 Casablanca Tél: 0522 93 10 72</i>	14/10/2020	16710

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

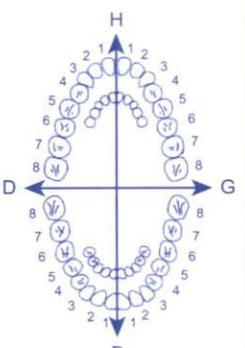
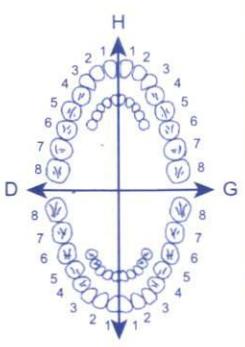
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Le praticien est prié de spécifier 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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du centre régional
de Diabétologie

Sur rendez-vous

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

إختصاصية في السكري وأمراض الغدد
السمنة - التعذبة

طبيبة رئيسة سابقاً بالمركز الجهوبي
لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le

14 - 09 - 20

CHABIBA khadid

24.40x3

x-lev-T thyro 10
mg le u

SI

20.40x3 + Vit D3
STE PHARMACIE HANNA
CASABLANCA
Lot. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tel: 0522 99 10 28

800

10.40x3

P/15
3.

Not. 10
Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
SPECIALISTE EN Diabétologie
Ex Médecin Chef de Diabétologie
Casa - T

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

100, Résidence Ofok - Bd Oum Rabii - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - T

رقم 100 إقامة الأفق - شارع أم الريبع - الألفة - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 89 79 34 | الهاتف :

Sur Rendez-vous

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127