

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.



# Déclaration de Maladie

N° W19-565390

ND: 49858

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5510

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAKHOUR Abdellah

Date de naissance : 16/06/1964

Adresse : 23 Lotissement Haj Fateh 5

AL OULFA CASABLANCA

Tél. : 0673722583

Total des frais engagés :

2562,90DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/10/2020

Nom et prénom du malade : FAKHOUR ABDELLAH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Diabète

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

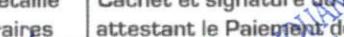
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BLANCA

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
27/10/23		<i>295000</i>		INP : 091013110  Dr. Oum Raissi Médecin généraliste Enseignant 0622 89 79 34

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>STEPHARMACIE HANZA CASTELIANCA</b> <i>Lotto. Maj fatech Rue 6 N° 3 Lot 64 Casablanca - Tel: 0522 93 10 28</i>	21.10.2023	1752.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 canalaires, ainsi que le bilan

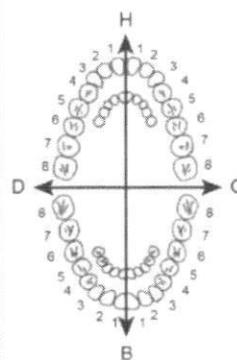
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D —————	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**valable 3 mois**

22 10 20

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *DR. Khadija CHARKAOUI ZAHOUANI*  
*Spécialiste Endocrinologie*

*Diabetologie*  
100, Résidence Al Olaq Bd. Oum Rabii

Certifie que Mlle, Mme, Mf - *Mme - Casablanca* : *Dr. Khadija CHARKAOUI ZAHOUANI*  
*Spécialiste Endocrinologie*  
*Diabetologie*  
100, Résidence Al Olaq Bd. Oum Rabii  
Oulala - Casablanca Tél: 0522-89-79-34

Présente : *Dia hel*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*3 Mois*

Dr. Khadija CHARKAOUI ZAHOUANI  
*Spécialiste Endocrinologie*

Dont ci-joint ordonnance : *+*

(à défaut noter le traitement prescrit)

*Diabetologie*  
100, Résidence Al Olaq Bd. Oum Rabii  
Oulala - Casablanca Tél: 0522-89-79-34

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

**Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI**

**ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBESITE - NUTRITION**

**Ex Médecin Chef du centre régional  
de Diabétologie**

**Sur rendez-vous**

**الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى**

**اختصاصية في السكري وأمراض الغدد  
السمنة - التغذية**

**طبيبة رئيسة سابقاً بالمركز الجهوي  
لأمراض السكري**

**بالموعد**

Casablanca, le : 27 الدار البيضاء، في : 10 - 20

**N°F AICHOUR Abdellatif**

**56.80 x 9**

**STEPHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA**  
Lotto. Haj faten Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

**303.0 x 3**

74786/120514-1  
AMM 121/14DMP/21/NNQ  
**6 118001 160457**  
JANUVIA® 100 mg  
Boîte de 28 Comprimés pelliculés  
Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1  
AMM 121/14DMP/21/NNQ

**6 118001 160457**  
JANUVIA® 100 mg  
Boîte de 28 Comprimés pelliculés  
Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1  
AMM 121/14DMP/21/NNQ

**6 118001 160457**  
JANUVIA® 100 mg  
Boîte de 28 Comprimés pelliculés  
Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 393,00 DH

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

**118001 272228  
V : 20,90 DH**

**ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNP**  
**6 118001 272228**  
PPV : 20,90 DH

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

**118001 272228  
PPV : 20,90 DH**

**100, Résidence Ofok - Bd Oum Rabii - Oulfa - Casablanca**

**فم 100 إقامة الأفق - شارع أم الربيع - الألفة الدار البيضاء**

**65,**

**Sur Rendez-vous**

**الناف : 05 22 89 79 34  
06 31 89 60 35**



56,80

56,80

56,80

56,80

56,80

56,80

56,80

56,80

56,80 ~~1278~~



# PARAPHARMACIE TAfilaLET

N° facture : 027102020  
DATE : 27/10/2020

FACTURE: MR FAKHOUR ABDELILAH

Article	Quantité	Prix HT	TVA	Prix TTC
ONCALL PLUS	4	112.00	20%	560.00
<b>TOTAL</b>				<b>560.00</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
**CINQ CENT SOIXANTE DIRHAMS**

