

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-584902

50544

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : **6469** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **RACHIDA**

Nom & Prénom : **MAHMOUDI**

Date de naissance : **05/12/1961**

Adresse : **4 OP. OCEAN BAY ETG RDC - App K3 GH 6 - DAR BOUAZZA**

Tél. : **1279, 10** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Khadija CHERRAOUI ZAHOUANI**
Spécialiste Endocrinologue
100 Rue de l'Indépendance, 68 Centre Médical
Douja Casablanca Tel 05 22 39 79 34

Cachet du médecin :

Date de consultation : **08/12/20**

Nom et prénom du malade : **MAHMOUDI RACHIDA**

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

Nature de la maladie : **Diabète HTA - Hémoglobine**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **chute au marché**

Dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle : **DEC. 2020**

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

Fait à : **ACQUEIL** Le : **08/12/20**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Adresses Mails utiles

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

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

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
02/12/20			E 2-od	INP : [] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/12/2020	1029,10

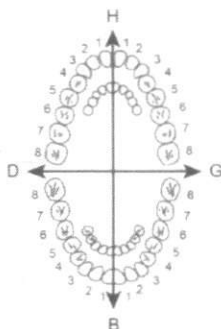
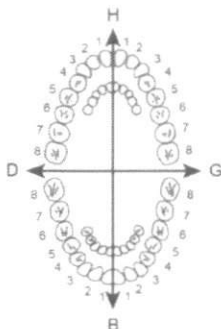
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 0000000 0000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 0000000 0000000 11433553 </div> </div> B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

Endocrinologue - Diabétologue

Obésité - Nutrition

Comprimés sécables B/30
Levothyrox 50µg



Casablanca, le :

د. خديجة الشركاوي زهواني

إختصاصية في السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا للمركز

الجهوي للسكر

NAHNOUKI Rachida

$$13.40 \times 2 = 26.80$$

Levo Thyrox 50

6 + 14 3m

$$20.40 \times 2 = 40.80$$

Amarel 2mg

2 mg

207.100

midiat 3m

207.100

hage 10000

= midiat 3m

$$27.00 \times 2 = 54.00$$

10 3m

277.00 x 3 = 831.00

6.50

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Tél.: 06 22 89 79 34
GSM : 06 31 89 60 35

$$72,00 \times 2 = 144,00$$

Détensiel

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

7862162236

$$20,80 \times 6 = 124,80$$

19/5
VIT D3

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862162236

$$57,80 \times 2 = 115,60$$

19/55

costal 103 mg

19600

1029,10

PHARMACIE EL OUMRANE
DAR EL OUMRANE
Tél. 022 86 62 64
GSM: 001 86 02 18

LOT : 191459
UT AV : 09/2022
PPV : 57,80 DH

LOT : 200733
UT AV : 05/2023
PPV : 57,80 DH

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

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

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

Dr. Khadija CHAKHACHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
100, Résidence Al Oud Ed. Oum Rabii
Oulla - Casa - Tél: 0522 89 79 34

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)

(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

Dr. Khadija CHARKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

CERTIFIE QUE MLLE, MME, MR :

Mammoudji Rachida

PRESENTE :

Diabète - HTA - Hépatite chronique

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

3 mois

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

Dr. Khadija CHARKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS

