

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-584902

5054

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6469	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAHMOURI RACHID			
Date de naissance : 05/12/1961			
Adresse : 4 OP. OCEAN BAY ETG RDC - Appr kg GH G - DAR BOUZZA			
Tél. : 1279,10 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/12/2020			
Nom et prénom du malade : MAHMOURI RACHID			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète			
En cas d'accident précisez les causes et circonstances : 11/08 DEC. 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 11/08/2020

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
02/12/2022		22002		INP : [REDACTED]
				Dr. Kundi CHARAKA 2022-2023 L'acte a été exécuté le 02/12/2022 N° Ord. 0522 89 79 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

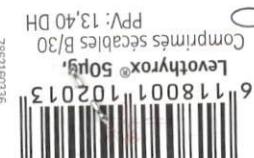
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

Endocrinologue - Diabétologue

Obésité - Nutrition



د. خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقاً للمركز

الجهوي للسكري

Casablanca, le :

12-80

NAHNOURKI Rachida

$$13.40 \times 2 = 26.80$$

- (60x Thy. 50) x 50

6 AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V. 600H40
6 118000 060031

$$26.80 \times 2 = 53.60$$

26.80

$$26.80 \times 2 = 53.60$$

2 my 3m

my midol 2 my 3m

my midol 1000 3m

my midol 3m

$$27.00 \times 2 = 54.00$$

2 my 3m

$$27.00 \times 3 = 81.00$$

650 -

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.

6 118001 090280

6 118001 090280

6 118001 090280

Tél.: 06 22 89 79 34

GSM : 06 31 89 60 35

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

Détensiel

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

19/5

VIT D3.VB

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
786216226

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
786216226
Distribué par Cooper Pharma

Dr. Khalia CHARKAOUANI
Spécialiste en Médecine
120, Avenue de la Gare
100, Résidence Al Oufa Ed. Oum Rabia
Oulfa - Casa - Tel: 0522 89 79 34

102 g; 10

LOT : 191459

UT AV : 09/2022

PPV: 57,80DH

PHARMACEUTIQUE D'OMARIAINE
SAS SOUZAINE D'OMARIAINE
LAHLAF - OUARZAZATE
DAR - OUARZAZATE
GSM : 061 4 86 62 18
Tél. 022 86 62 64

LOT : 200733

UT AV : 05/2023

PPV : 57,80DH

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)

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

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

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

CERTIFIE QUE MLLE, MME, MR : M A H M ouzai psct. ips

PRESENTÉ :

Diabète - HTA - Hypertension

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

3 mois

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

✓

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

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

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS

