

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Declaration de Maladie

N° W19-477807

42069

### 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.

Maladie       Dentaire       Optique       A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5510      Société : ROYAL AIR MAROC

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : FAKHOUR Abdelilah

Date de naissance : 16/06/1964

Adresse : 28 Lotissement Haj Fatch S ALDULFI

Tél : 0673722589      Total des frais engagés : 1398,205

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/09/20

Nom et prénom du malade : FAKHOUR Abdelilah      Age : 56

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Diabète      coronaire A/D/B

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASABLANCA      Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
28/09/2020			560,00	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [Signature]

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	28.9.2020	560,00
[Signature]	28/09/2020	588,20

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

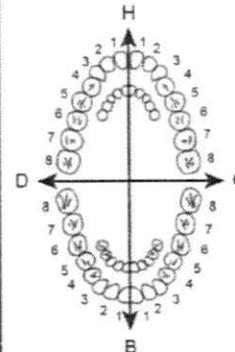
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

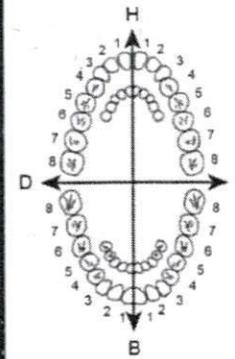
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	[ ]
MONTANTS DES SOINS	[ ]
DEBUT D'EXECUTION	[ ]
FIN D'EXECUTION	[ ]
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[ ]
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'EXE

Dr. Khadija CHERKAOUÏ ZAHOUANI

الدكتورة خديجة الشركاوي زهواني

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBESITE - NUTRITION

إختصاصية في السكري وأمراض الغدد  
السمنة - التعديبة

Ex Médecin Chef du centre régional  
de Diabétologie

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي  
لأمراض السكري

Sur rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le

28 29 20

FAKTOUR

Glynorm® 2 mg SOTHEMA  
Boîte de 90 comprimés  
AMM MAROC N° 550/16 DMP/21/INNPR

6 118000 023265

Glynorm 2mg

74786/720514-1  
AMM 12/17/40MP/21/INRO

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

Januvia

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

6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

PPV : 20,90 DH

153,40

393,00

20,90x2  
588,20

Dr. Khadija CHERKAOUÏ ZAHOUANI  
Spécialiste Endocrinologie  
Diabétologie  
100, Résidence Al Ouf - Bd Oum Rabii  
Oulfa - Casablanca - Tél: 0522 89 79 34

AMM N°171/16 DMP/21/INNPR  
ZENITH PHARMA  
AMM N°171/16 DMP/21/INNPR  
Tél: 0522 89 79 34