

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



Veuve Noustahia T. Benj
N.P. 21790

Déclaration de Maladie : N° S19-0000994

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAMIR Khadija (Veuve) Date de naissance :

Adresse : ville de la commune Noustahia T. Benj, n° 185, H. Hassan Casablanca

Tél. : 0628912020 Total des frais engagés : 1.033,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/02/2018

Nom et prénom du malade : DAMIR Khadija

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète T1C

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

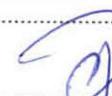
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 19/02/2018

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
05/01/2018		P 2	25000	Mr. Khadija CHARKAOUI ALI Spécialiste Endocrinologue Diabétologue Centre Al Otadid. Oum Rabia Tel: 0522 89 79 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. S. M. Al-Sabahane 283, Al-Salam - CT Hay Salam - CASA BLANCA 022-94 65 30-CASA BLANCA	8/02/2020	783,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBÉSITÉ - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie

اختصاصية في السكري و أمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الجهوي

لأمراض السكري

Casablanca, le 08/02/2020

DAMIR

Khadija

24.40 x 3

1) levstheo 100
60,00
x 6. 2) odic 3 mg

60,00
x 6.

= 48,-
= 48 x 2 1,-

AS

NS

3)

lipoutgl 16-

2 466 54,-
3 mos

116,80
x 3

AS

783,60

PHARMACIE MILAD
Dr. Soumira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C I L
Tél: 0522 91 66 30 - CASABLANCA

Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétoologie
Résidence Ofoq Al Oufa 1 Bd. Oum Rabii
Casablanca - Tél: 0522 89 79 34

رقم 100 إقامة الأقمار - برج أم صفر بجهة الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 79 34

N°100, Résidence Ofoq Bd. Oum Rabii Oulfa Hay Hassani-Casablanca - Tél: 05 22 89 79 34 - Gsm.: 06 31 89 60 35

maphar
ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

Odia® 3 mg
30 comprimés
AMM N° 119 DMP/21/NNP
6 118000 022077

LOT 60,00 192085 1
EXP 09 2022
PPV 60.00

Odia® 3 mg
30 comprimés
AMM N° 119 DMP/21/NNP
6 118000 022077

LOT 192085 1
EXP 09 2022
PPV 60,00 60.00

Odia® 3 mg
30 comprimés
AMM N° 119 DMP/21/NNP
Remboursable AMO

6 118000 022077

LOT 60,00 192085 1
EXP 06 2022
PPV 60.00

Odia® 3 mg
30 comprimés
AMM N° 119 DMP/21/NNP
Remboursable AMO

6 118000 022077

LOT 60,00 192085 1
EXP 09 2022
PPV 60.00

Odia® 3 mg
30 comprimés
AMM N° 119 DMP/21/NNP
Remboursable AMO

6 118000 022077

LOT 192085 1
EXP 60,00 0222
PPV 60.00

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

LOT 60,00 192085 1
EXP 09 2022
PPV 60.00

PHARMACIE MILAD
Dr. Samia MILAD
283, Bd Sidi Abderrahmane
Hay Salam - CIL
Tél: 0522.94 65 30-CASABLANCA