

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° W21-609588

CF
67830

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
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 RACHIDA		
Date de naissance : 05/12/1961		
Adresse : 94-OP. OCEAN BAY APP. RDC KO34-GH6-DAR BOU AZZA		
Tél. : 0522.91.26.63	Total des frais engagés :	437,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : Le 5 AVR. 2021
Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS
 ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-609588	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 6469
 Nom de l'adhérent(e) : MAHMOURI
 Total des frais engagés : 437,00
 Date de dépôt : 12/04/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
	9/4/2021	437.00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin chef du Centre Régional
de Diabétologie

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغدية

طبيبة رئيسية سابقة للمركز الجبوجي

لأمراض السكري

Casablanca, le

21 / 11 / 10

DIAHNOVICI Rechida

One Thrys x 50 mg

(R)

(R)

Ametol 2 mg

437.00

mg 2 x 3

- Jour 31/10/1000

S.V.

(R)

Glucophage 1000 mg

3/1000

(R)

Metform 1000 mg

(R)

Lysofune 1000 mg

(R)

Detansiel 1000 mg

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 266/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V. 437,00 DH.

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Endocrinologue
Diabetologue
Casa - Tél: 0522 89 79 34

رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الربيع الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 79 34 - GSM : 06 61 44 12 14 - Route de Casablanca - BP 10241 - 101400 DAKAR - SENEGAL - TEL : 22 32 22 22 22

437.00

14/12/2010
Route de Casablanca - BP 10241 - 101400 DAKAR - SENEGAL - TEL : 22 32 22 22 22
GSM : 06 61 44 12 14

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)

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

Dr. Khadija CHARKAUI ZAHOUANI
Spécialiste En Gynécologie
100, Résidence Al Olaq Bd. Oum Rabii
Oujda - Casablanca - Tél: 0522 89 79 34

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

CERTIFIE QUE MLLÉ, MMÉ, MR : MAMMoudi Rachida

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 En Gynécologie
100, Résidence Al Olaq Bd. Oum Rabii
Oujda - Casablanca - Tél: 0522 89 79 34

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS

