

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-636880

ND
14348

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 6469		Société : RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : MAHMOOKI RACHIDA		
Date de naissance : 05/12/1961		Autre :
Adresse : 4 OP. OCEAN BAY ETG RBC APPT K03- G+6 - DAR DOUAZZA		
Tél. : 13 14 20 DHS		Total des frais engagés : 13 14, 20 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Parent 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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Le : / /



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-636880

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) : MAHMOOKI
 Total des frais engagés : 13 14, 20 DHS
 Date de dépôt : 14/06/2021

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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Sead BOUET AYOUNE MARTIN PHARMACEUTIQUE D'UMRANTE Route Collet DAR BOUZZA 26 99 66 29 TEL: 05 54 28 24 08</i>	<i>11/01/2021</i>	<i>1314,20</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VIOLET ADHERENT

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



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

PER.: 11/2023
LOT: 20E006

AMAREL 2 MG
CP B30

P.P.V: 60DH/40

0

PER.: 11/2023
LOT: 20E006

AMAREL 2 MG
CP B30

P.P.V: 60DH/40

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 - التغذية

طبيبة رئيسية سابقاً لمركز الجهوي

لأمراض السكري

Casablanca, le

21 / 11 - 10

DIAH NOUICI RACHIDA

134,00 x 2 = 268,00 Cenopharm x 50 mg

604,00 x 2 = 1208,00 Amarel 2 mg

437,00

mg 2 x 8

28,00 x 2 = 56,00 Takun 315 mg

207,00 x 2 = 414,00 Glucop 100 mg

(R)

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Centre d'Endocrinologie et Diabétologie
Drs. Dr. Khadija Zahouani et Dr. H. Aissaoui
Casa - Tél. 0522 89 79 34
Bâtiment Océan - Bd. Oum Babouche - Casablanca - Maroc

رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الربيع الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 89 79 34

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80DH

L : ; ; ; ; UT AV : ; ; ; ; PPV (DH) :

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



COSTAR 110

1314,20

110 - 200

Dr. Khatija CHARKOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabetologie
100, Résidence Al Otaf Ed. Oum Rabii
Culfa - Casa - Tel: 0522 89 79 34



LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80DH

PPV (DH) :



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 MLLÉ, MMÉ, MR :

MAAMOLIKA RACHIDA

PRESENTÉ :

DNTD - HTA - goutte - HyperT6
Thyroid

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

