

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.

N° W21-609550

87644

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6469

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MAHMOUKI RACHIDA

Date de naissance :

05/12/1961

Adresse :

04 OP. OCEAN BAY. APPT K03
DAR BOUAZZA

Tél. :

Total des frais engagés : 114,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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.



Age :

Enfant

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 :

Casab

Le :

11/10/2021

Signature de l'adhérent(e):



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BOUZZAINE WARTI PHARMACEUTIQUE AL OUMRANE DAR KOUCH BOUZZAINE 98 - 52 - 54 95 - 02 - 18	91/10/2021	911141.00

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

28,00

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin chef du Centre Régional
de Diabétologie



Levthyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30

7862160336



Levthyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

28,00

Coxyd x 2 = 120,00

Amarel 2mg

437,00

28,00 x 2 = 56,00

Dr Zahouani
Cherkaoui
Endocrinologue

Dr. Zahouani
Rabat 10934



DETENSIEL® 10 mg
Comprimés pelliculés sécables
PPV: 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

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

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسية سابقاً للمركز الجهوي

لأمراض السكري

Casablanca, le

21

11

10

NAHNUVICI R.

AMAREL 2MG
CP B30
PER.: 06/2024
P.P.V: 60DH40



134,00 x 2 = 268,00

Amarel 2mg

S.V.

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V: 60DH40
6 118000 060031

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

PPV: 437,00 DH.

207,00 x 2 = 414,00

Amarel 2mg

S.V.

100,00

207,00

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

101

<p

17184 N2 = 111,60

COSTA + 1 U

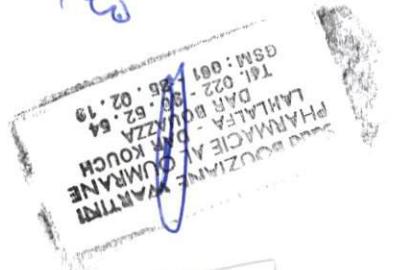


14/20

1/60

Dr. Khadja CHARKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
100, Résidence Al Oulaa Bd. Oum Rabii
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

2023



LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

UTAVI

UTAVI

UTAVI

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)

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

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

CERTIFIE QUE MLLE, MME, MR : MAMMoudzi Rachida

PRESENT : Diabète - HTA - Hypertension

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE. 3 mois

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS

