

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° M21- 068934

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5510 Société : ROYAL AIR MAROC
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : FAKHOUR Abdelilah / 61648
 Date de naissance : 16/06/1964
 Adresse : 23 Lotissement Haj Fatch 5 ALOULFA CASABLANCA
 Tél. : 0663718784 Total des frais engagés : 4060,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 18/05/2023
 Nom et prénom du malade : FAKHOUR ABDELILAH Age : 58ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : 22/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET A

RELEVÉ 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
18/05/23			23000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05/23	3760,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

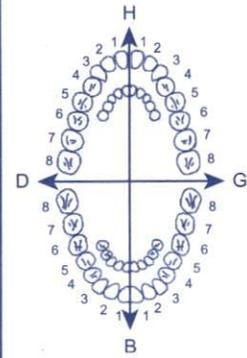
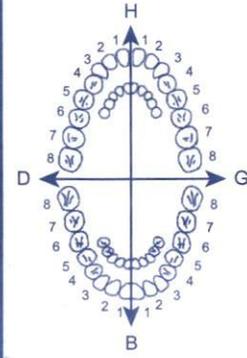
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie

Sur Rendez - Vous

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهواني

اختصاصية أمراض السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي

لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le :

18 - 5 - 23
FAICHOUE Abdelillah

46,00 x 4 Polynam Lucy
19 unit

571,00 x 2
Novorapid flex
20 U am

559,00 x 2
Novo Mix 30
24 U

419,00 x 3
Forxiga 10/19
59,50
FAROUX

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS

73-270-2
8-9670-73-270-2

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

3-270-2

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



6 118001 121298

LOT 121714/FC41
PER 02/2026
PPC 59,50

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli b28
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli b28
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

100, Résidence Al Ofok Bd. Oum Rbii - Oulfa - H
رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli b28
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
Résidence Al Ofok Bd. Oum Rbii
Casablanca - Tél: 0522 99 79 84

STEPHARMACE MARAZA
CASABLANCA
Lettre No 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100

Handwritten text at the top left of the page, possibly a header or title.

MAJORA

46,00
46,00
46,00
46,00

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie

Sur Rendez - Vous

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية أمراض السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي

لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le :

18 - 5 - 23
FACHOUK Abdelillah

Polynam Lucy 3m
My water

46,00 x 4
571,00 x 2
Novorapid Flexa
20 Tamidi 3m

559,00 x 2
Novo Ni 30 Flexa
24 v b 3m

419,00 x 3
59,50
Fenxiga 10 Flexa
ap 3
ap 3

376,50

DI. KHADIJA CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
Résidence Al Ofok Bd. Oum Rabi
Casablanca - Tél: 05 22 89 79 34

STEPHARMACIE EL HAZA
CASA BLANCA
Lab. HAZA - Tél: 05 22 89 79 34

100, Résidence Al Ofok Bd. Oum Rabi - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca Sur Rendez - Vous
الهاتف: 05 22 89 79 34 - GSM : 06 31 89 60 35 - رقم إقامة الأفق شارع أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء.

valable 3 mois

Le 15 / 05 / 2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<i>Dr. Hajar CHARHOUI</i> <i>Spécialiste Endocrinologie</i> <i>Diabétologie</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>100, Résidence Al Otaq Bd. Cum Rabii</i> <i>Oulfa - Casablanca - Tél: 0522 89079 34</i> FAKHOUR Abdelilah
Présente	Diabète type 2
Nécessitant un traitement d'une durée de :	non avancée - 3 mois
Dont ci-joint ordonnance :	+
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-16 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. Hajar CHARHOUI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
100, Résidence Al Otaq Bd. Cum Rabii
Oulfa - Casablanca - Tél: 0522 89 79 34