

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

- Reclamation : 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.

M22- 0029001 *135215*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7880* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *LY AMANI KHALED*

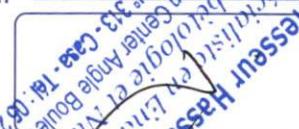
Date de naissance : *19.02.1963*

Adresse : *32 Lotissements CARR*

Tél. : *06 61 14 29 16* Total des frais engagés : *170615* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *26.10.2012*

Nom et prénom du malade : *LY A. KHALED*

Lien de parenté :

Lui-même

Copjoint

Nature de la maladie :

Diabète

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

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 : *26/10/2012*

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

311

EXECUTION DES ORDONNANCES

WHO

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien

| Catégorie des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|--|--|--|
| | | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 11433553 | G | 35533411 | | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6 118001 001092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

78,70

78,70

242600060-02

242600060-02

78,70

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
 Nutrition & Croissance
 Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
 de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري
 أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
 أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
 التغذية و النمو
 طبيب سابق بمستشفى سان لوك
 مونتريال - كندا

Casablanca, le : 26/1/2019 الدار البيضاء في :

Mme JANAH Zahra

~~73,70x3
 = 236,10~~
 DIAMICRON 60
 1 - 1/2 - 0 pendant 3 Mois
~~390,50x3
 = 1170.~~
 GALVUS MET 50/1000
 0- 1 - 1 pendant 3 Mois

Dr. MEDDAH Mejjad
 Dr. MEDDAH Mejjad, Rue 28, N°64
 Dr. Léonard, Avenue 13
 Casablanca 21 33 65
 05 22 08 55
 05 61 11 61

Dr. MEDDAH Mejjad, Rue 28, N°64
 Dr. Léonard, Avenue 13
 Casablanca 21 33 65
 05 22 08 55
 05 61 11 61
 Professeur Hassan EL GHOMARI
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
 E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - Télé. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
 الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
 N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca