

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064176

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5404 Société : RAM 137125  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : TAZI JAOUAB / MEJBAH SAKINA  
 Date de naissance : 01.01.1954  
 Adresse : 38 Rue de Asphodèle  
 Tél. : 0661456468 Total des cotisations : 2167,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 / 11 / 2022  
 Nom et prénom du malade : me. Bar Sakina Age :  
 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 : Casa 14/11/2022

Le : 14/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*Catly*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Professeur Hassan EL GHOMARI  
 Spécialiste en Endocrinologie  
 Diabétologie et Nutrition  
 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
 et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14





# 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
10/11/2022			7857,20	Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 06 22 86 14 10

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
131. El Yacoub El Mansour Tél: 06 22 86 14 10	10/11/2022	7857,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

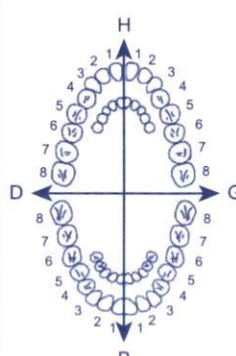
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

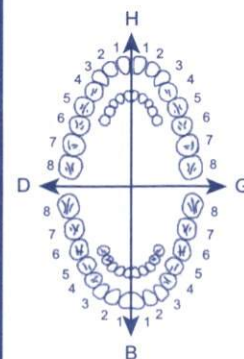
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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

Casablanca, le :

**الدكتور حسن الغماري**

**أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة**

**أ. أ. أ. الغدد - داء السكري**

**AMAREL 3MG**

**CP B30**

**LOT : 22E001V**  
**PER: 02 2025**

**س.ان.لوك**

**P.P.V : 92DH10**

**6 118000 060017**

**LOT : 22E001V**  
**PER: 02 2025**

**AMAREL 3MG**

**CP B30**

**P.P.V : 92DH10**

**6 118000 060017**

**LOT : 22E001V**  
**PER: 02 2025**

**AMAREL 3MG**

**CP B30**

**P.P.V : 92DH10**

**6 118000 060017**

**Mme MEJBAR Sakina**



**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



**6 118001 031092**

**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



**6 118001 102020**

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH



**6 118001 102020**

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH



**6 118001 102020**

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH



**6 118001 102020**

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH

**IMODIUM 2MG GELULE**  
**20 Gél**

**P.P.V : 300DH60**



**PPV: 97DH60**

**PER: 06/24**

**LOT: L2235-2**

شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Tél. : 05 22 86 14 14 / 05

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032