

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-770748

150068

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 50063		Société : RDN	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>Delecté</i>	
Nom & Prénom : <i>Dr AASSI Zahra bte RIDAOUI Ahmed</i>			
Date de naissance : 1969			
Adresse : <i>Habituelle</i>			
Tél. : 0666274783		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin <i>Professeur Hassan EL GHOMARI</i> Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar et Abdelmoumen N° 313 - Casab - Tel : 05 22 86 14 11			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 14/02/2023			
Nom et prénom du malade : <i>AASSI Zahra</i> Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Diabète à la drogue</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement suivant au conseil de la mutuelle et au 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* Le : 14/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

R ACCUEIL

I. BOUZAACHANE

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 Relèvement des Actes
14/02/23	3	0.1	300.00	INP : 091028508 Professeur Nassau E. GHOMAZI Dentiste en Endodontie et Nutrition et Abdelmoumen Centre Andalou Boulevard Anouar

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
QH	14/2/23	1632.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H 35533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



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

Casablanca, le :

14/10/143

: الدار البيضاء في

LOT 104799/FC34
 04/2025 /PPC 59.50

ENROUEX SIROP

1 c à 2 fois / jour

59.50

AZIX 500 MG

1 cp/j , pendant 3 jours

79.70

VIT D 3

1 AMP / mois

20.90

STAGID 700 MG

1-1-1, pendant 3 mois

107.60x2

FORXIGA 10

0-1-0, pendant 3 mois

419.00x3

LOT 222480
 EXP 08 2025
 PPV 107.60

Maphar
 Bd Alkizia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V : 419,00 DH
 6 118001 185023

LOT 222562
 EXP 08 2025
 PPV 107.60

Maphar
 Bd Alkizia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V : 419,00 DH
 6 118001 185023

ZENITH Pharma
 AMM N° 171/16 DMP/21/NHPR
 118001 272228

PPV: 20,90 DH

Professeur Hassan EL GHOMARI
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabetologie et Nutrition
 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
 Abdelmoumen N° 313 - Casablanca Tél. 05 22 86 14 14

مركز عبد المؤمن، زاوية سطح أولاد و شارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 13

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{eme} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 | البريد الإلكتروني : E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 | ICE : 001663750000032