

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

M22- 0039088

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres 157666

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHIZZOULAH LANCEN
 Date de naissance : 1960-1-1
 Adresse : SINDI MAAROUF N° 98 CHARRAT
 Tél. : 0664062290 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabétologie et Nutrition
 Abdelmoumen Center Angia Boulevard Anoual
 et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 26 11 44

Date de consultation : 05 / 04 / 2023
 Nom et prénom du malade : KHIZZOULAH LANCEN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + Nouvelle fracture
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 17 / 04 / 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
05/04/2023			3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/04/2023	4400,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

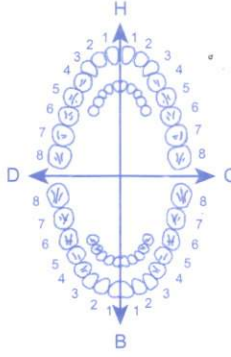
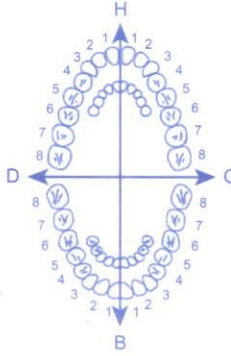
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	[Création, remont, adjonction]																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

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 و الصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

**طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونترéal - كندا**

Casablanca, le : 05.04.23 : الدار البيضاء في

Mr. KHIZZOU Lahcen

437,00 x3
JANUMET 50/1000

89,00 x3 1-0-1 pendant 3 Mois
DIAMICRON 30

479,00 x3 1-1-0 pendant 3 Mois
JARDIANCE 25

27,40 x3 1-0-0 pendant 3 Mois
CARDIOASPIRINE 100 MG

207,00 x3 0-1-0 pendant 3 Mois
TRIATEC 10MG

147,10 x3 1 cp / jour pendant 3 Mois
ROSUCAL 10

99,00 0-0-1 pendant 3 Mois
OEDES 20

46,60 x2 0-0-1 pendant 1 Mois
TRIMEDAT 150

46,90 0-1-1 pendant 21 J
ACTICARBINE

1-0-1, pendant 1 MOIS

PHARMACIE DAOUSSE
Docteur Hassan EL GHOMARI
38, Lot Al Ouhannaf, Sidi Maaroui
Casablanca - Tél : 05 22 86 14 14

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

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

HD00.66 Add
EXP 04/2024
LOT 211485

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V. : 437,00 DH.

LOT : 3196
PER : 09 - 27
P.P.V. : 46 DH 60

207,00

207,00

207,00

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V. : 437,00 DH.

LOT : 3196
PER : 09 - 27
P.P.V. : 46 DH 60

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V. : 437,00 DH.

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA



Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A.
PPV : 479 DH 00

LOT : 1794
PER : 07 - 25
P.P.V. : 147 DH 10

89,00

LOT : 1794
PER : 07 - 25
P.P.V. : 147 DH 10

89,00

LOT : 1794
PER : 07 - 25
P.P.V. : 147 DH 10

89,00



Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A.
PPV : 479 DH 00



Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A.
PPV : 479 DH 00