

## 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](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° P19- 067167

☒ Maladie **50065** ☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0012425**

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **HARWAL Noufissa** **Vue CHAÏANI N°10**

Date de naissance : **01.01.1953**

Adresse : **23 Res LIBAK N°13 31 MELAYA D'El CASS**

Tél. : **06-63-63-53-45** Total des frais engagés : **1940,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Diabète Center Angle Boulevard Anoual  
Abdelmoumen #313 - Casablanca - Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation : **28/04/2023**

Nom et prénom du malade : **HARWAL Noufissa** Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Diabète de type 2**

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 : **17/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



# 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
27/01/23			300.000	

Professeur Hassan El GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
Meknes - Maroc - Tél: 0522 88 11 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/23	1640,6

## 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	

# LES FRAIS ET HONORAIRES

initée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Nature des Soins	Coefficient	
		Coefficient DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION

## TERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

sation, remont, adjonction)  
Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Coefficient DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

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  
مونتريال - كندا**

Casablanca, le : 27.04.23 : الدار البيضاء في :

**Mme HARWAL Noufissa**

**MIXTARD 30**

18, 30 x 6 32 ui matin 16 ui soir pendant 3 Mois

**DIAFORMINE 850MG**

185, 20 x 4 0-1-1 pendant 3 Mois

**SULIAT 160/5**

57, 80 x 3 1-0-0 pendant 3 Mois

**LD-NOR 10 MG**

87, 50 x 3 0-0-1 pendant 3 Mois

**NEBILET 5 MG**

24, 100 x 3 1-0-0 pendant 3 Mois

**CARDIOASPIRINE 100 MG**

31, 30 x 3 0-1-0 pendant 3 Mois

**ZYLORIC 200 MG**

46, 90 x 2 0-1-0 pendant 3 Mois

**ACTICARBINE**

46, 60 x 2 1-1-1, pendant 1 mois

**TRIMEDAT 150**

23, 50 x 1 0-1-1, pendant 21 J

**HUMEX RHUME**

15, 30 x 1 1-1-1, pendant 6 J

**VIT C 1000 SANS SUCRE**

1 cp / jour , pendant 15j

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

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

E-mail : hassan.elghomari@yahoo.fr : البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 : الهاتف

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



V140377/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

LOT 222655  
EXP 08/2026  
PPV 31.30

LOT : 230054  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DH

V140377/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

LOT : 230054  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DH

V140377/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

LOT : 230054  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps ○  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps ○  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps ○  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

LOT 222655  
EXP 08/2026  
PPV 31.30

LOT 222655  
EXP 08/2026  
PPV 31.30

LOT : 1591  
PER : 01 - 28  
P.P.V. : 46 DH 60

LOT : 1591  
PER : 01 - 28  
P.P.V. : 46 DH 60

185,20

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

6 118001 070015

LOT 22184

N° D'AMM : 10 DM/21/NCN  
LOT : 22184 PER 12/2025  
PPV : 23,50 DH

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 01/2026  
LOT 320465

501304 b

185,20

185,20

501304 b

185,20