

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.

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : **10300** Société : **RAM**

Actif **Pensionné(e)** **Autre** _____

Nom & Prénom : **RIDAOUI RACHIDA**

Date de naissance : **10/08/1981**

Adresse : **106 Rue Abdessamad Soltani - 20000 Casablanca**

Tél. : **0666274783** Total des frais engagés : **Professeur Hassan EL GHOMARI** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Spécialiste en Endocrinologie**

Cachet du médecin : **Diabetologie et Nutrition**
Abdelmaouen Center Angle Boulevard Anouar et Abdelmaouen N° 313 - Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : **01/08/2023**

Nom et prénom du malade : **Ridaoui Rachida** Age : _____

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **Hypothyroïdie + Allergie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je déclare que 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 : **01/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **I. BOUZACHANE**

 **ACCUEIL**

N2 **I. BOUZACHANE**

Déclaration de Maladie

N° W21-714072

17/05/29

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Paiement des Actes
01/02/23	3		300,00	INP : <input type="text"/> INPE : 091028506

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Entrepreneur	Date	Montant de la Facture
PHARMASIE MATHI André ACHOUR 61, AV des FAR Casablanca Tel 0522 31 43 68 / 2022 <small>MONDO 35 1152254 740 091019</small>	08/08/2022	285,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: 100px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411 11433553</td></tr> </table> D G <table style="margin-left: 100px;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411 11433553</td></tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411 11433553		00000000	00000000	35533411 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
35533411 11433553												
00000000	00000000											
35533411 11433553												
 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, 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 والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

01.08.23

الدار البيضاء في :



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

N° RIBAONI Rachida

- Levothyrox 50
13,40
1 - 0 - 0



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

- oedes 20
140,00
1 - 0 - 0

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av des F.A.R Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140.00 DH

- LORURES 5mg
78,50
0 - 0 - 1

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle
et Abdelmoumen N°: 313 - Casablanca

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

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

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

الهاتف : 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032