

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 :

7357

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KERROUM ABERRAHIM

Date de naissance :

14-9-1963

Adresse :

OULED AZZOUI 06 N° 21 EL OULFA

CASABLANCA

Tél. :

06.15.6.87.8.65 Total des frais engagés : 689,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
313 - Casablanca - Tél. : 05 22 90 11 11

Date de consultation :

20/09/2023

Nom et prénom du malade :

maujel amal

Age : 54 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypothyroïdie + ophtalmie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

19 OCT 2023

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 : 20/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

AMAL

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
20/09/2013	3		300 DM	Professeur Hassan EL GHORABI Spécialiste en Endocrinologie Diabetologie et Nutrition Centre Angle Boulevard Anouar Casab - Tel : 05 22 22 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Local Unité Opératoire BP 222 - 78105 COUTances Cedex Téléphone : 01 30 25 88 08	20/09/2023	389,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

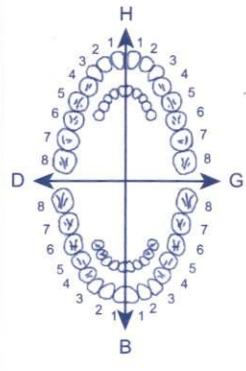
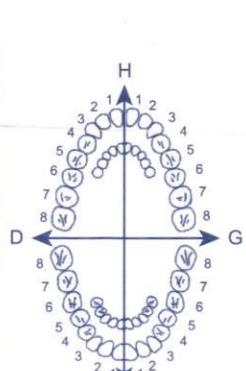
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

BELEVE 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 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 :

٢٠١٥/٤/٣

الدار البيضاء في :

Mme MOUJEB Amal Ep Kerroum

LEVOOTHYROX 25

1 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 4 mois

LEVOOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 4 mois

ROSUVAS SUN 10 MG

0-0-1 j/2, pendant 4 MOIS

TRIMEDAT 150 MG

0-1-1, pendant 2

HEPANAT

1-0-1



LOT : 231057
EXP : 06/2025
PPV : 154DH10

LOT : 231057
EXP : 06/2025
PPV : 154DH10

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



01 102013
yrox® 50µg,
s sécables B/30
PPV: 13,40 DH



001 102013
hyrox® 50µg,
nés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



1 02013
50µg,
ables B/30
V: 13,40 DH



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



01 102006
yrox® 25 µg,
s sécables B/30
PPV: 6,80 DH



001 102006
thyrox® 25 µg,
imés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



1 02006
25 µg,
ables B/30
V: 6,80 DH