

# 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

M23-006112

196 301

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7350 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Kizyou EL Ghene

Date de naissance : SID MAAROUFI TAJI AT ZHARAF N° 99019

Adresse :

Tél. : 066406290 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual  
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. 15 22 22 11 11

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : Kizyou Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type 2

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
13 21 22	3		6	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

	13/11/23	4259,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

	13/11/23		

### 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 :**

Veillez 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	<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

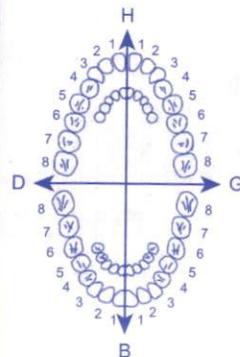
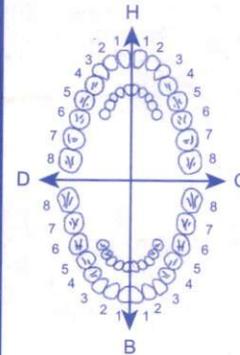
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

				MONTANTS DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				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 و الصيدلة  
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري  
التغذية و النمو  
طبيب سابقا بمستشفى سان لوك  
مونترéal - كندا

Casablanca, le : 13.11.23 : الدار البيضاء في

LOT : 2469  
PER : 08 - 25  
P.P.V : 147 DH 10

Mr. KHIZZOU Lahcen

LOT : 2469  
PER : 08 - 25  
P.P.V : 147 DH 10

- JANUMET 50/1000 -1  
1-0-1 pendant 3 Mois
- DIAMICRON 30 -1  
1-1-0 pendant 3 Mois
- JARDIANCE 25  
1-0-0 pendant 3 Mois
- CARDIOASPIRINE 100 MG  
0-1-0 pendant 3 Mois
- TRIAATEC 10MG  
1 cp / jour pendant 3 Mois
- ROSUCAL 10  
0-0-1 pendant 3 Mois
- OEDES 20  
0 - 0 - 1 pendant 1 Mois

437,00 x 3 = 1311,00  
 89,10 x 3 = 267,30  
 479,00 x 3 = 1437,00  
 277,00 x 3 = 831,00  
 207,00 x 3 = 621,00  
 147,10 x 3 = 441,30  
 99,00

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

6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.

PPV : 479 DH 00

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

6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.

PPV : 479 DH 00

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

6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.

PPV : 479 DH 00

الدار البيضاء  
Abdelmoumen C

E-mail : hass.

N° INP

ICE : 001663750000032

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و  
38, 3ème étage - N° 313 - Casablanca  
الهاتف : 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

LOT : 2469  
PER : 08 - 25  
P.P.V : 147 DH 10

Hassan EL GHOMARI  
Endocrinologie et Nutrition  
Center Angle Boulevard Anoual  
N° 313 - Tél. : 22 86 14 14

PHARMACIE DAOUSSI  
Oussou Rachid  
38, Lot Al Anoual Sidi Maarouf  
Casablanca - Tél. : 22 86 37 44

PHARMACIE DAOUSSI  
Oussou Rachid  
Lot Al Anoual Sidi Maarouf  
4259,40

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

207100

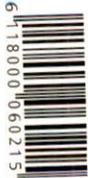


IRIATEL<sup>®</sup> Protect<sup>®</sup> 10mg  
30 Comprimés

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



IRIATEL<sup>®</sup> Protect<sup>®</sup> 10mg  
30 Comprimés



207100

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

207100



DIAMICRON 30 mg  
Gliclazide  
30 comprimés à libération

54130

DIAMICRON 30 mg  
Gliclazide

89100

LOT 211315  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

89100

DIAMICRON 30 mg  
Gliclazide