

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



198293

Déclaration de Maladie

M23- N° 0041048

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50039

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bensachra Samia

Date de naissance : 22.10.1975

Adresse : 440 rue de Coudimma casa

Tél : 06 62 81 70 26

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2024

Nom et prénom du malade : BENACHRA Samia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + Tr. neurologique

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) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-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 montant des Actes
03/10/24	5		3000	Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tél: 05 22 86 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DERB TALIANE 416, Rue Goulmima - Casablanca Tél: 05 22 27 79 95 ICE: 002804443000082	03/10/24	3000

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 canalaires, 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

	H	G	
	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

[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 جسي بكلية الطب و الصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

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

Casablanca, le :

09.03.24

الدار البيضاء في :

Mlle BENACHRAK Sanaa

LEVOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

LEVOTHYROX 25

1/2 cp 6j/7 pendant 3 mois

1 cp / 1j/7, pendant 3 mois

AVLOCARDYL

1/4 - 1/4 - 1/4, pendant 3 MOIS

KARDEGIC 75

0 - 1 - 0, pendant 3 MOIS

LIBRAX

1 cp le soir, pendant 1 MOIS

OEDES 20MG

100 - 0, pendant 2 MOIS

STERDEX

1 app / j

D CURE FORTE 100 000

1 amp / mois pendant 3 mois

PHARMACIE DERB TALIANE
416, Rue Goulmima - Casablanca
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 002804443000082

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

PHARMACIE DERB TALIANE
416, Rue Goulmima - Casablanca
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 002804443000082

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

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

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

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

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

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

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

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

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

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

AVLOCAT DYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80
6 118000 010227

LOT 23020 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

PPV: 49,00 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026