

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **Diologie 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.

## **Education :**

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.

## **Orthopédie :**

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

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)

N° P19- 0034875

ND: 31689

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1002 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AJAL OMAR

Date de naissance : 1948

Adresse : 15 RUE DRESSEME NTS HAY RNU

Cité : casablanca Tél. 06.22.33.33.1 Total des frais engagés : 904,70 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 - Casab - Tél: 05 22 86 14 14

Date de consultation : 03/07/05

Nom et prénom du malade : AJAL OMAR Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Diabète de l'œil

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 : 08/07/05 Le : 03/07/05

Signature de l'adhérent(e) : J. S.

## 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
03/07/2015			30000	Professeur Hassan EL GHOMARI Endocrinologue et Nutritionniste Angle Boulevard A Tél: 0522 8

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE Al AMANI</b> Mme. Alami Soumni Samira Docteur en Pharmacie 13, Rue Abdellah Beauséjour Casablanca - Tel : 05 22 39 09 70	03/07/2023	604,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**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**  
**الغذية و النمو**  
**طبيب سابق بمستشفى سان لوك**  
**مونتريال - كندا**

Casablanca, le : 03.07.2020

الدار البيضاء في :

78,70 x 4

**Mr. AJAL Otmane**

DIAMICRON 60



78,70

1-1-0 pendant 3 Mois

~~X~~ METFORMINE 850

1-1+1/2-1 pendant 3 Mois

CRESTOR 10 MG



78,70

243,00

0-0-2 pendant 3 Mois

~~X~~ NEOFORTAN 160

1-0-1 pendant 10 jours



78,70

ACTICARBINE

1 cp fin des 3 repas pendant 1 Mois

46,90

604,70

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)

PPV 46,90 DH SOTHEMA



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

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V. : 243,00 DH

6 118001 183111

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>eme</sup> étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 | البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032