

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

## **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 1002

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

ADM OTMANE

Date de naissance :

1948

Adresse :

15 Rue Orléans Ant 1147 2014

Tél. 06 25 33 33 1

Total des frais engagés : 3416,32 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

**professeur Hassan EL GHOMARI**

*Spécialiste en Endocrinologie*

*Diabétologie et Nutrition*

*Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. : 05 22 45 14 14*

Cachet du médecin :

07/12/20

Date de consultation : 07/12/20

Nom et prénom du malade : TENZALI SAADIA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DIADE + HTA + SYSTÉMIQUE

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 : CASA Le : 03/12/2020

Signature de l'adhérent[e] : [Signature]

## 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
03/07/2023			300.000	professeur Hassan EL GHOMARI Endocrinologue et Nutritioniste en Endocrinologie et Abdelmoumen Centre Anglet Boulevard Anouar Mme. Alami Soumia Sennar Docteur en Pharmacie 13, Rue Annabé - Tel : 05 22 39 06 70

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALAMANA Mme. Alami Soumia Sennar Docteur en Pharmacie 13, Rue Annabé - Tel : 05 22 39 06 70	03/07/2023	3 116,30 Dhs

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

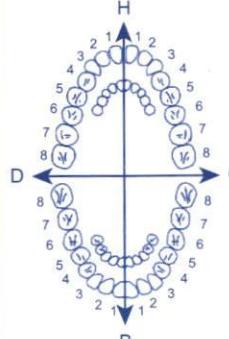
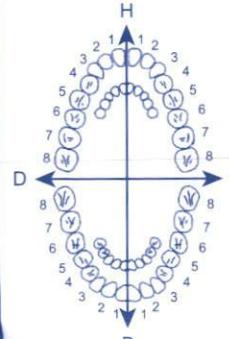
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

**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 الغوماري**  
**أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة**  
**أخصائي أمراض الغدد - داء السكري**  
**التغذية و النمو**  
**طبيب سابق بمستشفى سان لوك**  
**مونتريال - كندا**

Casablanca, le : 03.07.2020 : الدار البيضاء في

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lantus SoloStar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH



5 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b5 sty  
P.P.V : 744,00 DH



5 118001 081615

**Mme TENZALI SAADIA**

LANTUS SOLOSTAR

266,00 40 UI le soir pendant 3 Mois  
DIAMICRON 60

1-1-0 pendant 3 Mois

X METFORMINE 850

1 -2- 1 pendant 3 Mois

LEVOTHYROX 50

2cp / jour le matin 30 min avant

NOCOL 20

0-0-2 pendant 3 Mois

KARDEGIC 75

0-1-0 pendant 3 Mois

ANGINIB 50MG 50 MG

1-0-1 pendant 3 Mois

MEDIVEINE 600 MG

1 cp / j pendant 3 Mois

TENORETIC

1-0-1 pendant 3 Mois

RELAXIUM 375

0-0-1 pendant 2 Mois

3 116,30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lantus SoloStar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH



5 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lantus SoloStar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH



5 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lantus SoloStar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH



5 118001 081608



Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Qz Zenata Ain seba Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Qz Zenata Ain seba Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH



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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

700N

97,60

NOCOL

97,60

NOCOL

### comprimés pelliculés

LOT:192102 EXP:02/22  
PPV:188DH50

voie o

### 60 comprimés pelliculés

LOT:195918 EXP:05/22  
PPV:188DH50

AFRIC-PHAR

voie oral

### 56 Comprimés pelli

LOT:223  
PER:DEC 2022  
PPV:140 DH 00

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V:30DH70  
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V:30DH70

LOT : 19E006  
PER : 06/2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V:30DH70

LOT : 20E007  
PER : 06/2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V:30DH70

LOT : 19E006  
PER : 06/2021

611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160333

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160333