

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° W19-547629

35736

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0966 Société : MUPRAS - RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraité  
 Nom & Prénom : SENE LAHOUSSE  
 Date de naissance : 01-01-1943  
 Adresse : habituelle  
 Tél. : 06 06-07-17-14 Total des frais engagés : 1780,20 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° 315 - Casablanca - Tél. : 05 22 80 18 44  
 Date de consultation : 29/07/2020  
 Nom et prénom du malade : YACISS MAHJOUBA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète + hypertension  
 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 : 517

Le : 29/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



| 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 |
| 19/07/20                       |                   |                       | 3008m                           | INP : [Stamp]  |
|                                |                   |                       |                                 | [Signature]  |
|                                |                   |                       |                                 | [Stamp: EL GHOMARI Gynécologie]                                |

**SUMMARY**

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |   |
|--|---|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date  |
| <p>Pharmacie Soukran<br/>1015, Rue Ibnou Majar<br/>Madrif Extension<br/>Tél: 0522 94 81 10</p> | <p>Diabétologie<br/>Abdelmoumen Centre<br/>et Abdelmoumen, N° 313</p> |
|  | Montant de la Facture   |
| 29.07.20   | 4280,20   |

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

DES ORDONNANCES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

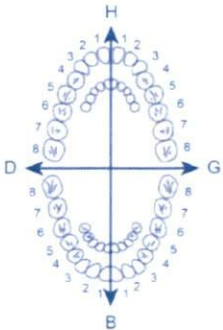
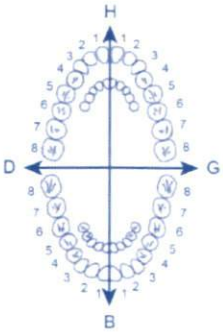
[illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|---|---------------------|-------------|--|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |   |                     |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H  |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B                                       |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H   |                     |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412  | 21433552            |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B   |                     |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>                                    |                     |             | D  | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |  |
|  | D   | G                   |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411  | 11433553            |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             | 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

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**

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is supported by two main piers, labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The arch is divided into two main sections by a central vertical line. The top section is labeled 'H' at the peak and 'B' at the base. The bottom section is labeled 'R' at the base. The bridge is divided into eight spans, numbered 1 through 8. The spans are numbered 1 to 4 on the left side and 4 to 1 on the right side. The piers are numbered 1 to 8. The diagram shows the bridge structure with numbered piers and spans.

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The diagram shows the bridge's structure and the numbering of its components.

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 سابقا بمستشفى سان لوك**

**مونترéal - كندا**

Casablanca, le : 29 07 2020 : الدار البيضاء في

**Mme NAFISS MAHJOUBA**

390,00 x 3

**GALVUS MET 50/850**

1-0-1 pendant 3 Mois

403,40 x 3

**TAHOR 20 MG**

0-0-1 pendant 3 Mois

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

**PHARMACIE SOCRATE**  
20 bis, Rue Ibnou Majid, Casablanca  
Tél : 05 22 86 14 10

**TAHOR 20MG 28 CPS**  
**P.P.V : 103DH40**

**TAHOR 20MG 28 CPS**  
**P.P.V : 103DH40**

**6 118000 250807**

**3,5 Route de Ouadia 24000 El Jadida**  
**P.V : 103DH40**  
**118000 250807**

**Boîte de 60 comprimés pellicules**  
**GALVUS MET 50 mg/850 mg**  
**PPV : 390.00 DH**

**6 118001 031085**

**6 118001 031085**  
**GALVUS MET 50 mg/850 mg**  
**Boîte de 60 comprimés pellicules**  
**PPV : 390.00 DH**

**6 118001 031085**  
**GALVUS MET 50 mg/850 mg**  
**Boîte de 60 comprimés pellicules**  
**PPV : 390.00 DH**

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<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032