

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W19-560370

41149

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricule : <b>3450</b>	Société : _____		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	_____
Nom & Prénom : <b>EL KHATTABI Driss</b>			
Date de naissance : <b>17.5.1954</b>			
Adresse : <b>57, Rue Loundaya Hay Al Maghrib Al Jadid. Beni Chid</b>			
Tél. : <b>06.69.17.32.63</b>	Total des frais engagés : <b>639.45</b> Dhs		
Cadre réservé au Médecin <b>professeur Hassan EL GHOMARI</b> Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar el Abdenoumen N° 315 - Casablanca - Tel. : 05 22 22 78 18 #			
Cachet du médecin : _____			
Date de consultation : <b>28/07/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>CHEHBI Soumaya</b> Age : <b>31-1-1979</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Diabète</b>			
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 : **Ben Chid** Le : **28/07/2020**  
Signature de l'adhérent(e) : **El Khattabi Driss**

**VOLET ADHERENT**



## 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
27/09/2019	109	3	300	INP : <input type="text"/> 091028500
28/09/2019	109	3	300	091028500

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cashier du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OUTI Boulevard Al-Husseini 022 32 41 16	02/09/2018 2018	339,45

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Veuillez joindre les :

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nas Soins	Ost	
					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			
		$  \begin{array}{r}  H \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B  \end{array}  $		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
D	G				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 الفماري**

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التنفسية والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

08.09.2020

الدار البيضاء،

**Mme CHEHBI Soumaya**

56,30

D CURE 25000

1 amp / mois pendant 3 mois

(NS)

77,45

PHYSOL

1 càs \* 3 / j pendant 10 jours

(NS)

ICAM 5 MG

90,50

1 cp / jour pendant 1 Mois

(NS)

VITANEVRIL FORT

2 - 0 - 2 pendant 1 Mois

(NS)

4 X 28,80

339,45

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabetologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Bd.  
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca

رس، زاوية شارع أنوال 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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

PPV : 56,30 DH  
LOT : 20014/B  
EXP : 04/2022

D-CURE\* AMPOULE

6 118001 320080

6 111261 750093

PPC : 77,45 DHS

Lot n° :  
EXP :  
PPV :

90,50

PPV

LOT

PER

28,80

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80