

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 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° P19-0049541

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AJAL OTMANE  
Date de naissance : 1948  
Adresse : 95 RUE EL ORJOUANE Apt 1144  
24114 CASA  
Tél. 0612133331 Total des frais engagés : 2326,90 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 - Casa - Tél. 05 22 25 11 18

Date de consultation : 22/10/2020  
Nom et prénom du malade : Tenga P. Saadia Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète de type 2  
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 : 22/10/2020

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
22/10/22	3		300 000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/10/22

2026,90 DM

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

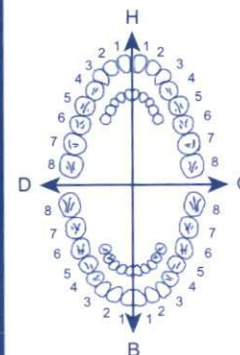
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

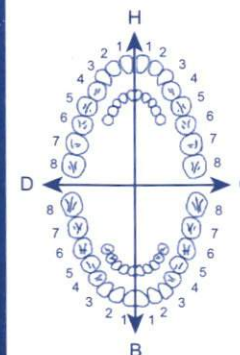
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'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 والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le : 28/10/2020 في: الدار البيضاء

Mme TENZALI Saadia

LANTUS SOLOSTAR

20 UI le soir pendant 3 Mois

DIAMICRON 60

1-0-0 pendant 3 Mois

METFORMINE 850

1-1-1 pendant 3 Mois

LEVOTHYROX 50

2cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

NOCOL 20

0-0-1 pendant 3 Mois

KARDEGIC 75

0-1-0 pendant 3 Mois

COSYREL 5/10

1-0-0 pendant 3 Mois

D CURE FORTE 100 000

1 amp / mois pendant 3-mois

VITANEVRIL FORT CP

2 - 0 - 2 pendant 1 Mois

ACM BAUME POMMADE

1 app le soir

RELAXOL500MG/2MG

2 - 0 - 2 pendant 15 jours

APIXOL SIROP

1 càs \*3 /j

AziA 500

79.20

79.20

PHARMACIE AL AMANA  
Mme. Alami Soumi Saadia  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annahis Beauséjour  
Casablanca - Tél : 05 22 86 09 70

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3ème étage - N° 313 - Casablanca  
Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tél : 05 22 86 37 44

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3ème étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 00166375000032

202690



  
 6 118001 130269  
**COSYREL 5mg/5mg** - O  
 30 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 98,10 DH  
 Servier Maroc - Casablanca

  
 6 118001 130276  
**COSYREL 5mg/10mg** - O  
 30 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 98,10 DH  
 Servier Maroc - Casablanca

LOT 203810 **NOCOL**  
 EXP 02/23  
 PPV 188DH50  
**Voie orale**

**97,60**

**Sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1.  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Lantus 100U/ml, inj b5 sty  
**P.P.V : 744,00 DH**  
  
 6 118001 081515

**sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1.  
 Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
**LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1**  
**P.P.V : 152DH50**  
  
 6 118001 081608

LOT : 20E010  
 PER : 11 2021  
**KARDEGIC 75MG**  
**SACHETS B30**  
 P.P.V : 30DH70  
  
 6 118000 061847

LOT : 20E009  
 PER : 07 2021  
**KARDEGIC 75MG**  
**SACHETS B30**  
 P.P.V : 30DH70  
  
 6 118000 061847

LOT : 19E005  
 PER : 04 2021  
**KARDEGIC 75MG**  
**SACHETS B30**  
 P.P.V : 30LH70  
  
 6 118000 061847

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

7862160336  
 Comprimés B/30  
 PPV: 13,40 DH

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

**78,70**  
**DIANICLON 60**

**A21X**  
 PPV: 79DH70  
 PER: 05/23  
 LOT: J1503

Lot: 190893  
 À consommer avant le: 12/2022  
 PPC: 79,00 DH

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 20E25  
 EXP: 05/2023

**METFORMINEWIN 850MG**  
 CP PEL B30  
 P.P.V : 170DH10  
  
 6 118000 062134

LOT : 20E013  
 PER : 03 2023  
**RELAXOL 500MG/2MG**  
 CP B20  
 P.P.V : 53DH10  
  
 6 118000 060833

PPV  
 LOT  
 PER  
**28,80**

**ACM Baume**  
 Massage 50 ML  
 PPC: 129.80 DH  
 FABIPHARM.SARL