

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

ctions 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.

ctique :

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.

ntaire :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50039 Société : *acme* (19441)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *Benechirle sonia*

Date de naissance :

Adresse : *440 rue de la Vendôme 20...*

Tél. : 06.62.81.10.26 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N° 313 - Casab - Tél : 05 22 88 14 14

Date de consultation : 30 / M / 2020 Nom et prénom du malade : *RENALY RAY* Janat Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Syndrome*

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 connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : *...*

ACCUEIL

01 DEC. 2020

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
30/01/2020	Consultation		300.000Dhs	
31/01/2020	Consultation			
01/02/2020	Consultation			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie DE LA CHAOUIA Mme Dibury Karima Docteur en Pharmacie 16, Rue Goulimina - CASABLANCA tel: 0522277995 - fax: 00163504100048</p>	31/11/2020	331,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely a maxillary arch, with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the anterior midline and 8 at the posterior molars. Directional arrows indicate the movement of teeth: a vertical arrow pointing upwards from the center of the arch, a horizontal arrow pointing to the left from the center, and a horizontal arrow pointing to the right from the center. The letter 'H' is at the top, 'D' is on the left, and 'P' is at the bottom.

[Création, remont, adjonction]

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 خسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

蒙特利尔 - كندا

Casablanca, le :

30/11/2020

الدار البيضاء، في:

Mlle BENACHRAK SANAA

13.40 x 3

LEVOOTHYROX 50

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

6.80 x 3

LEVOOTHYROX 25

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

30.70 x 3

KARDEGIC 75

0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

41.80 x 2

AVLOCARDYL

1/4 - 0 - 1/4 pendant 3 Mois

49.60

D CURE FORTE 100 000

1 AMP / 2 MOIS

21.00

LIBRAX

1 CP / JOUR pendant 1 Mois

24.50

NERVITON

1 - 1 - 1 pendant 1 Mois

331,40

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie et Nutrition
Abdeloumen Center Agdal Boulevard Anoual
et Abdeloumen N° 313 - Casab - Tel. 05 22 86 14 14

مركز عبد المولى، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Abdeloumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdeloumen, 3^{eme} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف: 05 22 86 14 14 / 05 22 86 44

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

LOT:20134 PER:09/2023
PPV:21,00 DH

PPV 24.0004
LOT N767 PER 06/24

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain Sébaâ Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30
P.P.V : 30,70 DH
6 118000 061847

PPV: 30,70
LOT: 20E007
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain Sébaâ Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30
P.P.V : 30,70 DH
6 118000 061847

611 8001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

COOPER PHARMA
PPV : 6,80 DH

PPV:49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

41,80
LOT 20E06
PER 05/2023
41,80