

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Pathologie 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 36.22 Société : 53116

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAABI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : BP. 19.

Tél. : 06 61 95 73 24 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Hassan E. GHOMARI

Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie et Nutrition
Abdeloumen Center Ang. 5 Boulevard Anouar
El Attarine Casablanca 31300
Téléphone : 05 22 86 14 14

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2020

Nom et prénom du malade : EL KHADIRI Fouad Age :

Lien de parenté : Aîné Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
01/01/2011	Consultation		200.00	Dr. EL GHOMARI Endocrinologie
01/01/2011	Consultation			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/2020	5029,40

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 :

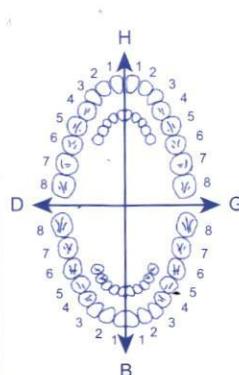
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[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 حسن الغماري
 أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
 أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
 التغذية والتغذية
 طبيب سابق بمستشفى سان لوك
 مونتريال - كندا

Casablanca, le :

07/10/2020

دار البيضاء في :

Mme EL KHADIRI FATIMA

DIAMICRON 60

1-1-0 pendant 3 Mois

STAGID 700 MG

1-1-1 pendant 3 Mois

KARDEGIC 75

0-1-0 pendant 3 Mois

GLUCOR 50

1-0-1 pendant 3 Mois

D CURE FORTE 100 000

1 amp / mois pendant 3 mois

JANUVIA 100

1-0-0 pendant 3 Mois

LOT : 206007
 PER : 06/2021
 KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 206007
 EXP : 02/2023
 PPV : 107.60
 STAGID® 700 mg
 100 comprimés

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

LOT : 206007
 PER : 06/2021
 KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 206007
 PER : 06/2021
 KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

STAGID® 700 mg
 100 comprimés

6 118000 021292

6 118000 021292
 STAGID® 700 mg
 100 comprimés

STAGID® 700 mg
 100 comprimés

6 118000 021292

STAGID® 700 mg
 100 comprimés

6 118000 021292

STAGID® 700 mg
 100 comprimés

6 118000 021292

74786/120514-1
AMM 12/1/14DMP/21/NRQ



74786/120514-1
AMM 12/1/14DMP/21/NRQ



74786/120514-1
AMM 12/1/14DMP/21/NRQ

74786/120514-1
AMM 12/1/14DMP/21/NRQ



74786/120514-1
AMM 12/1/14DMP/21/NRQ



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



SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



78,70



74786/120514-1
AMM 12/1/14DMP/21/NRQ



SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



78,70



78,70



78,70