

# 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.

## 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.

## 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.

## Pathologie 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.

**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

N° = 24 145

**Déclaration de Maladie : N° S19-0004907**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 375 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : RABAOUA Mostaphy Date de naissance : 1973

Adresse : Hay ENNOUR. Rue 5 N° 11 Casablanca

Tél. : 06 69 89 01 55 Total des frais engagés : 300 + 1108.00 Dhs

**MUPRAS**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Hassan EL GHOMARI

Spécialiste en Endocrinologie

Dialytologie et Nutrition

Abdeloumen Center Angle Boulevard Anouar

Al-Moumen N° 33 - Casa - Tel : 05 22 86 14 14

Date de consultation : MG-CU-12

Nom et prénom du malade : Diabetique TYPE 2 Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 022 Aytoudi SAADIA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous ce caractère 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : CFA

### 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
19/02/2020			300 DT	Dr Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Abdelmoula Centre Andrologie et Nutrition Mon Centre 313 - Casablanca - Tel: 0522 361411

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Hassan EL GHOMARI G.R.S.B. 12203	19/02/2020	1708.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

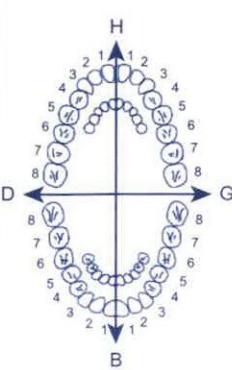
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

الدكتور حسـ: الفماري

Docteur Hassan EL CHOMARI

Professeur à la F.M.P.C



6 118001 160495 JANUMET® 50/1000 mg

ANNU 350MD/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

RIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

Boîte de 56 comprimés pelliculés

EXP 11/2022 P.P.V : 437,00 DH

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

والصيـدة

ـة السـكري

LOT 191700

EXP 11/2022

ان لوـك PPV 28.00DH

EXP 11/2022

PPV 28.00DH

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 121813

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

19.10.21.40.00

me EZZAYTOUNI Saadia

44,70  
38,70  
44,70

DIAMICRON 60

1-0-0 pendant 3 Mois

43,10 x 3

JANUMET 50/1000

0-1-1 pendant 3 Mois

28,10 x 3

GLUCOPHAGE 1000 MG

1-0-0 pendant 1 Mois

43,10 x 3

ANGLOR 5 MG

0-0-1 pendant 3 Mois

13,40 x 3

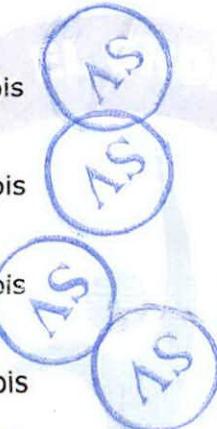
LEVOHYROX 50

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

6,80 x 3

LEVOHYROX 25

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



1708,00



Professeur Hassan EL GI  
spécialiste en Endocrinologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél:

POLYCLINIQUE AL MANSOUR  
Mme LANSARI N  
28 Bd. SIDI ABD EL HAFID  
E.H.S.

زاوية شارع أنواو وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N°

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

6 118001 102006 Levthyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

Levthyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

6 118001 102006 Levthyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160336

7862160336

7862160335

7862160335

7862160335