

## 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

- 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° W21-608508

5 7 761

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AJAL OTHANE  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 95 RUE ORSOUANE APT 5 HAY RAHA  
 CASA  
 Tél. : 061253331 Total des frais engagés : 2144,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI  
 Spécialiste en Endocrinologie  
 Diabétologie et Nutrition  
 Abdelmounen Center Angle Boulevard Anoual  
 et Abdelmounen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14

Date de consultation : 20/01/21

Nom et prénom du malade : AJAL OTHANE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE 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 : 20/01/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
12/01/2024	...	...	200 DM	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 091028500 Professeur Hassan EL GHOMARI En Endocrinologie

INP : 091028500

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
et Nutrition

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date: 22/07/21	Montant de la Facture: 1844,70
---	--	----------------	--------------------------------

Date:

Date: 05/22/2014  
Abdelmoumen Center Ang...  
et Abdelmoumen N° 313 - Case - Tél: 05 22 44 14 14

PHARMACIE  
Mme. Alami Soulim  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annahs Beauséjour  
Casablanca - Tél : 06 22 39 00

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

AM

PC

IM

--	--

IV

de

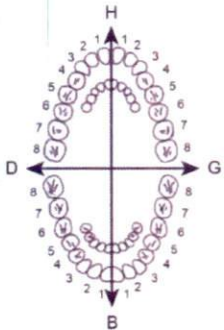
Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

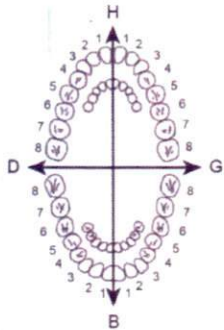
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
			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

**Important :**

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

**INP :**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

4

255334

000000

□

\_\_\_\_\_

000000

412 | 21433552

000	00000000
-----	----------


000	000000000
-----	-----------

111	11433553
-----	----------

100

**B**

**(Création, remont, adjonction)**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 و الصيدلة**

**أخصائي أمراض الغدد - داء السكري**

**التغذية و النمو**

**طبيب سابقا بمستشفى سان لوك**

**مونتريال - كندا**

Casablanca, le : 20.01.21 : الدار البيضاء في

**Mr. AJAL Otmane**

**ODIA 3 MG**

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

**FORXIGA 10**

0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

**METFORMINE 850**

0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

**NOCOL 20**

0 - 0 - 1 pendant 3 Mois

**BAUDELETTES**

3 ANALYSES / JOUR

**NOCOL®**

Simvastatine

LOT 203809

EXP 02/23

PPV 188DH50

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
**Spécialiste en Endocrinologie**  
**Diabétologie et Nutrition**  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual  
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14

مرکز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رق

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 : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



LOT : 20E013  
PER.: 07 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E009  
PER.: 05 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E009  
PER.: 05 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E009  
PER.: 05 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E013  
PER.: 07 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

LOT : 20E009  
PER.: 05 2023  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

105,00

4 710627 337996

966755 729012 7  
4 710627 337996

105,00