

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-520690

62706

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1621 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KETTANI RAJAE

Date de naissance : 25/11/1983

Adresse : Résidence Sidi Abdouss 403

Tél. : 06 66 76673 Total des frais engagés : 483,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N° 313 - Casab - Tel. 05 22 26 1111

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2021

Nom et prénom du malade : YOUSSEFI RAJAE EP. KETTANI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabétique

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 : 20/01/2021

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
04/01/2024	3		300.00	INP : <input type="text"/> 091028506

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RAYEN DRISSI KAITOUNI Résidence Ghandi N° 17 Essalam - Casablanca Tél : 05 22 39 28 29	06.01.2021	183, Go

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

آخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

مُبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le : ٠٤ - ٠١ - ٢١

Mme KETTANI Rajae Nee Jouahr

$$13.60 \times 3 = 40.20$$

LEVOHYROX 50



1 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 6 mois

$$6.80 \times 3 = 20.40$$

LEVOHYROX 25



1/2cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 6 mois

$$6.50 \times 3 = 19.50$$

MOBIC 15 MG



0-0-1 pendant 1 Mois

183.60

PHARMACIE RAYEN
Dr AIDRISSI KAITOUMI
108 Bd. Ghandi Hay Essalam - Casablanca
Tél. : 05 22 39 26 29

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmooumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelloumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
البريد الإلكتروني : E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie et Nutrition
Adelmooumen Center Angle Boulevard Anoual
N° 313 - Casablanca - Tél. : 05 22 86 14 14



6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



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



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

14 comprimés sécables

Unitément sur ordonnance

15 mg

Meloxicam

Mobic®

2
4
6
8
10
12

PPV: 61DH50

PER: 09/23

LOT: J2374

