

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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° W21-623299

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7598		Société : RAM (69957)	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : ANBALI Fatima		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 2441		Total des frais engagés : 808,90 Dhs	
MUPRAS <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> M ACCUEIL R </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;"> 06 MAI 2021 </div>			
Cadre réservé au Médecin <i>Professeur Hassan EL GHOMARI</i> <i>Spécialiste en Endocrinologie</i> <i>Diabetologie et Nutrition</i> <i>Abdelmoumen Center Angle Boulevard Abdelmoumen N°313 - Casa - Tel : 05 22 20 45 45</i>			
Cachet du médecin : <i>Anbari Fatima EPN</i>			
Date de consultation : 29/10/2021			
Nom et prénom du malade : Anbari Fatima EPN			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dio Betal de type 2			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<small>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.</small>			

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 : 05/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-623299

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
29.04.2011			CG	INP : 091028506
				professeur Hassan EL GHOMI Endocrinologue et Nutritionniste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE 1 Av. Nasser Résidence Bourgogne Tél. 05 22 94 93 39	29/04/2011	808,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

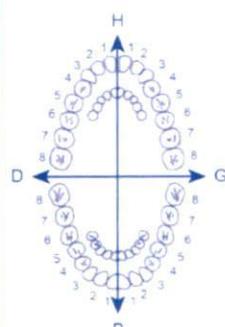
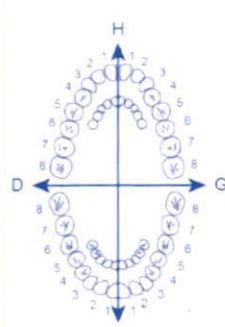
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

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
 التنفيذية و التقويم
 طبيب سابق بمستشفى سان لوك

Casablanca, le : ٢٩-١٠-٢٠٢١ ماء في :

89,00

Mme ANBARI Fatima Ep Allam



118001 031092
 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

89,00

DIAMICRON 30

1-0-0 pendant 3 Mois

399,00

GALVUS MET 50/1000

1-0-1 pendant 3 Mois

88,00+3

GLUCOPHAGE 1000 MG

0-1-0 pendant 3 Mois

69,00+2

OLOXINE 200MG

1 CP * 2 / J pendant 12 JOURS

88,80+11

VITANEVRIL FORT CP

2-0-2 pendant 1 Mois

808,80

S.S.V

S.V

S.V

PHARMACI
1 AV. NICE RÉSIDENCE
RDGM N°3 Bourg
Tél: 05 22 33 22 22

28,00

28,00

28,00

LOT: 066
 PER: FEV 2024
 PPV: 65 DH 00

LOT: 066
 PER: FEV 2024
 PPV: 65 DH 00

LOT: 066
 PER: FEV 2024
 PPV: 65 DH 00

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Abdelkader et Bd.

Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 315

Casablanca

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032