

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042847

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50039 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Benachrae Samir

Date de naissance : 22/10/1975

Adresse : 440 rue de Ceulmina casa

Tél. : 06 62 817026 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Andal  
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. : 05 22 06 14 14

Date de consultation : 03/09/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : Diabète - Anorexie - Obésité

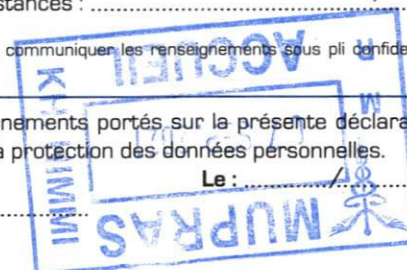
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : ..... Le : 03/09/2021


Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
31/09/24	3		300 000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.09.2024	1111.10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

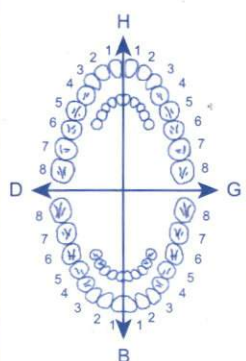
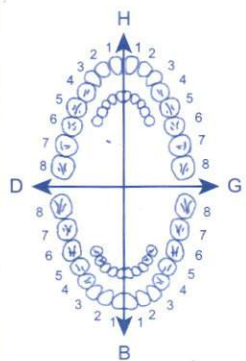
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <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**

**التغذية و النمو**

**طبيب سابقا بمستشفى سان لوك**

**مونترéal - كندا**

Casablanca, le : 03.09.02

الدار البيضاء في

**PHARMACIE DERB TALLANE**  
416, Rue Goulmima - Casablanca  
Tél: 05 22 27 79 95  
ICE: 002804443000082

**Mlle BENACHRAK SANAA**

6.80x14  
**LEVOTHYROX 25**

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

13.40x14  
**LEVOTHYROX 50**

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

30.70x14  
**KARDEGIC 75MG**

0-1-0 pendant 3 Mois

44.80  
**AVLOCARDYL**

1/4 - 0 - 1/4 pendant 3 mois

59.30  
**BREXIN**

1 cp / j

34.40  
**PROFENID POMMADE**

1 app le soir

37.00  
**DUOLASTAN 500/2**

2-0-2 pendant 10 jours

21.00  
**LIBRAX**

1 cp le soir pendant 1 Mois

14.00  
**HEXOMEDINE**

1 app\*2/ j

44.10

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Attaché au Centre d'Angé Boulevard Anoual  
e-Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tél. 05 22 86 14 14

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
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

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Kardegic 75 mg, sac b 30  
 P.P.V : 30,70 DH

LOT : 21E004  
 PER.: 10 2022  
**KARDEGIC 75MG**  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70

LOT : 21E001  
 PER.: 09 2022  
**KARDEGIC 75MG**  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70

LOT : 21E002  
 PER.: 09 2022  
**KARDEGIC 75MG**  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70

LOT : 20E013  
 PER.: 11 2023  
**AVLOCARDYL 40MG**  
 CP SEC B50  
 P.P.V : 41DH80

LOT: 21176 PER: 05/2024  
 PPV: 21,00 DH

**إكروميدين**  
 عابر للجلد  
 إكزاميدين  
 141,00  
 قارورة 60 مل

LOT : 20E022  
 PER.: 11 2022  
**PROFENID 2,5%**  
 GEL T60G  
 P.P.V : 34DH40

59,30  
 LOT : 21002  
 PER : 02 / 24  
 PPV : 89DH30

**DULASTAN® 500 mg / 2 mg**  
 دولاستان  
 Boîte de 20 comprimés  
 عبوة من 20 قرصا  
 37,00