

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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

Nº P19- 0042847

Optique **83060**  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **50039**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Benachra Sanaï**

Date de naissance : **22.10.1975**

Adresse : **440 rue de Culmine corse**

Tél. : **06.62.81.70.26** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie e Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
et Abdelmoumen N° 313 - Casab - Tél. : 05 22 85 18 18

Date de consultation : **23/09/2021**

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Dyslipidémie + diabète + hypertension**

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

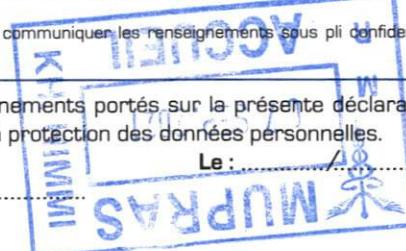
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Signature de 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
31/01/2024	3		300 DH	 <b>Dr. Hassan EL GHOMARI</b> Endocrinology & Nutrition 1st Floor, Al-Sabah Building, 10th of November Street, Giza, Egypt

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DER TALIANE 416, Rue Goumima - Casablanca Tél: 05 22 27 79 95 Fax: 00280444300082</p>	03.09.2011	1411,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

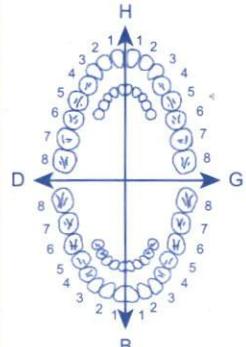
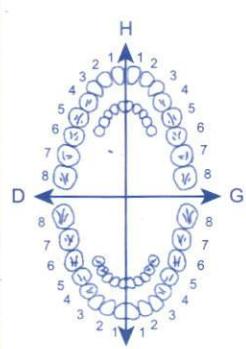
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

**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 بجامعة كلية الطب والصيدلة**

**أخصائي أمراض الغدد - داء السكري**

**التغذية و النمو**

**طبيب سابق بمستشفى سان لوك**

**مونتريال - كندا**

Casablanca, le:

03.09.2021

الدار البيضاء في :

**PHARMACIE DERBTALIANE**  
416, Rue Goulimina - Casablanca  
Tél: 05 22 27 79 95  
ICE: 00280444300082

**Mme BENACHRAK SANAA**

6.80x1/4 S.I.

LEVOOTHYROX 25

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

13.11.0x4 S.I.

LEVOOTHYROX 50

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

30.7.2x4 S.I.

KARDEGIC 75MG

0-1-0 pendant 3 Mois

14.1.8 S.I.

AVLOCARDYL

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

59.3 S.I.

BREXIN

1 cp / j

34.4.10 S.I.

PROFENId POMMADE

1 app le soir

37.00 S.I.

DUOLASTAN 500/2

2-0-2 pendant 10 jours

21.00 S.I.

LIBRAX

1 cp le soir pendant 1 Mois

14.1.50 S.I.

HEXOMEDINE

- 1 app\*2/ j

**PHARMACIE DERBTALIANE**  
Casablanca  
416, Rue Goulimina - Casablanca  
Tél: 05 22 27 79 95  
ICE: 00280444300082

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Spécialiste en Nutrition  
Abdelmoumen Center, Bd. Abdelmoumen, N° 313 - Casablanca  
Tél: 05 22 27 79 95

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual and Bd. Abdelmoumen, 3<sup>rd</sup> floor - 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  
Kardeig 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH

6 118000 061847

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

6 118000 061847

KARDEIG 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 21E002  
PER : 09 2022

KARDEIG 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 20E013  
PER : 11 2023

AULOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

LOT:21176 PER:05 / 2024  
P.P.V:21,00 DH

إكزو ميدين®

عاير للجلد  
إكزاميدين

قارورة 60 مل



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

6 118000 060550

59,30  
LOT : 21002  
PER : 02 / 24  
P.P.V : 59DH50



DULASTAN® 500 mg/2 mg

Bolte de 20 comprimés

علبة من 20 قرص

دولاستان®

→ 37,00