

## 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

MLD N° W19-506457

92384

### Maladie

Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8190 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : ESSAKAKI AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670760303 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ESSAKAKI AHMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : DIABETE + HTA

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

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26			INP : 09102856
70			
21			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL WOKROUD Secteur N° 3482. AL Wokrood Téle: 05 37 64 51 85	28.10.12	160.36

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

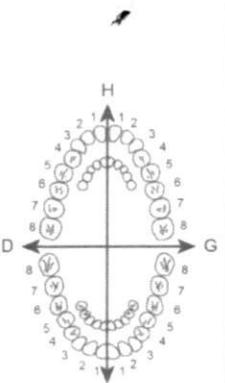
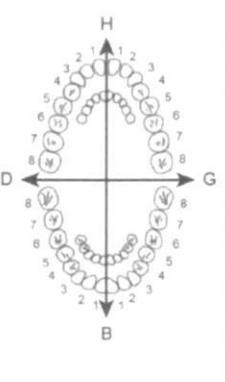
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 :												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>											
					<b>MONTANTS DES SOINS</b>											
					<b>DATE DU DEVIS</b>											
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b>											

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



دُور حسن الغماري  
 جامعي بكلية الطب والصيدلة  
 مصانى أمراض الغدد - داء السكري  
 التغذية و النمو  
 طبيب سابق بمستشفى سان لوك  
 مونتريال - كندا

Casablanca, le :

Dr Hassan El Ghomari  
 Spécialiste en Endocrinologie  
 Diabétologie et Nutrition  
 Mércheret Anoual  
 Aïdelmoumen Casablanca  
 et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca

الدار البيضاء، في

1182,00

+ Ryzodeg FlexTouch

23,90

+ Glucophage 850

45,20

\* HYACAND 16 mg x 5

176,20 x 2

352,40

T. 1603,50

PHARMACIE AL WOUROUD  
 Secteur 3, N° 3482  
 Al Wifaq - Témara

SYNTHEMEDIC  
 22 rue zoubair knou al aquam roches  
 noires casablanca  
 HYACAND

16 mg/12,5 mg  
 Cpr  
 Blt de 30

29 DMP/21 NRG

P.P.V: 176,20

6 118001 020898

23,90

5x3ml  
 Ryzodeg® FlexTouch®  
 100 unités/ml  
 Solution injectable en stylo prérempli  
 Insuline dégluclée/Insuline Asparte  
 PPV : 1182,00 MAD

3-250-1

45,20

250 ml Pe noir P  
 3482 Pe noir P  
 850 ml Pe noir P  
 0 ml Pe noir P  
 16 mg x 5

1/2 CP 1 Pdt 3 mois

Professeur Hassan EL GHOMARI  
 Spécialiste en Endocrinologie  
 Diabétologie et Nutrition  
 Aïdelmoumen Casablanca  
 et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tél. 05 22 86 14 14

مركز عبد المولمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المولمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Loubna JENNANE

0537645185

SECTEUR 3 AL WIFAQ N 3482, TEMARA

MLD

Maroc

MF EDDAKKAKI AHMED

RYZODEG FLEXTOUCH IN 100UI/3ML B5 INJECTABLES	1	1 182,00	1	1 182,00
GLUCOPHAGE CO 850MG B30 COMP PM	1	23,90	1	23,90
GLUCOPHAGE CO 850MG B60 COMP GM	1	45,20	1	45,20
HYTACAND CO 16MG/12,5MG B30 COMP	2	176,20	1	352,40

Code de TVA	1	2	3	Total HT	1 603,50 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	0 DHS
Montant (DHS)	0	0	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	1 603,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille six cent trois DHS et cinquante centimes

Pharmacie AL WOURoud  
Secteur 3, N°3482, AL Wifaq  
-Temara-  
Tél: 05 37 64 51 85