

## 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

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

Autorisation CNIDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-670479

96440

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10300		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RIDAOUI RADIA
Nom & Prénom : RIDAOUI RADIA		Date de naissance : 08/12/2001	
Adresse : Habibiehla		Tél. : 0666274783 Total des frais engagés : Dhs	
Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar et Abdelmalek N° 313 - Casa - Tél. : 05 22 86 11 11			
Cachet du médecin :		Date de consultation : 08/12/2021	
Nom et prénom du malade : RIDAOUI RADIA		Age:	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Dystrophie articulaire Erythème		<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : Casab

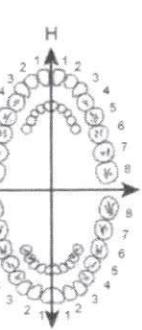
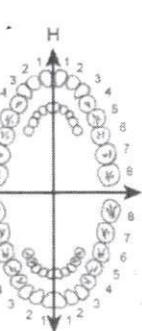
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/12/2021

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
09/12/86 - 10/12/86	Acte de Béguinage	3	300 m	INP 091028506 Professeur Hassan EL GHOMARI Endocrinologie Section de la Clinique

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CHARNACÉ ANDRÉ ACHOUR</i>	<i>8/12/21</i>	<i>76542</i>

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411 11433553			
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	B																	
	35533411 11433553																	
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																	
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																	
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

# 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 سابق بمستشفى سان لو

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

٢٤/١٢/٢٠٢١

الدار البيضاء في



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

١٣٤٥٨٣٤

LEVOOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 4 mois

٤٩,٦٠

D CURE FORTE 100 000

1 amp / mois pendant 3 mois

٥٠,٦٠x٢

PRINCI B FORT

1-0-1 pendant 1 Mois

٧٥,٠

CELEPHI 200

1-0-1 pendant 15 jours

١٤٠,٠

OEDES20MG

1-0-0 pendant 21 jours

٦٦,٥

Professeur Hassan EL GHOMARI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabète, Obésité et Nutrition

Abdelmoumen Center / Avenue Boulevard Anoual

et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel: 05 22 86 14 14

PPV: 140,00 Dhs

PPV: 140,00 Dhs

PPV: 66,80 Dhs

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

LOT : 008  
PER : SEP 2023  
PPV : 75 DH 00



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT : 21H23

EXP: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 211147

PER: 04-2024

PPV: 140,00DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

PER: 08/2024



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



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



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



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



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



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



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



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

