

# 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.

## 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.

## Prothèse 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 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° M21- 070678

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7830 Société : RAM 96830  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : LYAMANI, KHALID  
Date de naissance : 19 02 1962  
Adresse : 32 Lotissement Florida  
Tél. : 0661142914 Total des frais engagés : 1761,60 Dhs

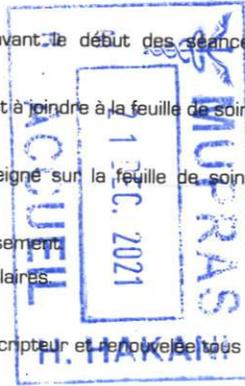
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Hassan EL GHOMARI  
Specialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anou  
el Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 20 45 45  
Date de consultation : 18 / 12 / 2021  
Nom et prénom du malade : JADAK ZAHRA Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : DIABETE + LARYNGITE  
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 : Casa Blanca Le : 20 / 12 / 2021  
Signature de l'adhérent(e) : Ly

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
17/10/2021			200 DM	

INPE  
092005048

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/10/2021	1261,60

### 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"/>														

**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  
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 17.12.21 : الدار البيضاء في

**Mme JANAH Zahra**

73,70  
DIAMICRON 60

1/2 - 0 - 0 pendant 3 Mois

390,00 x 3 = 1170,00

GALVUS MET 50/1000

0 - 1 - 1 pendant 3 Mois

79,70 x 2 = 159,40

AZIX 500 MG

1 cp/j pendant 3 jours

23,90

POLERY SIROP

1 Cà s 3 fois / jour

14,80 x 2 = 29,60

VERMOX 500

1 cp / j pendant 6 jours

14616  
PHARMACIE EL IMAM MATEK  
Dr. MEDDAMOURAD  
Hay Lakmeim, Rue 28, N°64  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 33 83  
GSM: 06 61 08 55 05

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoua  
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 88 14 4

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

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassan.ghomari@yahoo.fr

79,70  
PPV: 79DH70  
PER: 07/24  
LOT: K2114

**AZIX® 500 mg**  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables



بوتني  
بناس - عين السبع - الدار البيضاء  
شفي - صيدلي مسؤول

79,70  
PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2864

**AZIX® 500 mg**  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables



**POLERY  
ADULTES**

LOT:573  
PER:03/24  
PPV:23,90DH

**Vermox® 500 mg**  
1 comprimé



→ 14,80



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

78,70:

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
60 comprimés



**Vermox® 500 mg**  
1 con. primé



→ 14,80



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



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