

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-506465

AM 581



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8192

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EDDEKLAKI

ATHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0670760303

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Spécialiste en Endocrinologie et Nutrition
Diabetologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N° 313 - Casab - Tél. 05 22 85 11 11

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06/10/2022

Nom et prénom du malade :

EDDEKLAKI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète et 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) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MAFraq Secteur 3, N°3402 Al Mafraq - Téma'a	06/04/22	5494.40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of the treatments)	Coefficient (Coefficient)																
				INP : <input type="text"/>																
				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> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		35533411	00000000	11433553	00000000
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
35533411	00000000	11433553	00000000																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <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



Casablanca, le : 06/04/18042

Mr. EDDEKKAKI Ahmed

$$1182 \text{ po x } 2 = 2364,00$$

RYSODEG FLEX TOUCH

28 ui midi pendant 3 Mois

$$437,00 \text{ x } 4 = 1748,00$$

JANUMET 50/1000

1-0-1 pendant 3 Mois

$$1176,20 \text{ x } 3 = 528,60$$

HYTACAND 16MG/12.5MG

1-0-0 pendant 3 Mois

$$58,90 \text{ x } 3 = 176,70$$

AMLOR 10 MG

0-0-1 pendant 3 Mois

$$185,20 \text{ x } 3 = 557,70$$

CRESTOR 10 MG

0-0-1 pendant 3 Mois

الغماري
ب والصيادة
داء السكري

مو
لوك
كندا

البيضاء، في



PHARMACIE AL WOUD
Secteur 3, N°3
AL Wifaq - Tén

Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

PHARMACIE AL WOUD
Secteur 3, N°3
AL Wifaq - Tén

P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V: 437,00 DH.

102078698

5494,40

Maphar
Bd Alkmia N° 8, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp cell b30
P.P.V: 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkmia N° 8, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp cell b30
P.P.V: 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkmia N° 8, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp cell b30
P.P.V: 185,70 DH

6 118001 183111

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tel: 05 22 86 14 14

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{eme} étage - N° 313 - Casablanca

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - Télé : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 : الهاتف

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

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



8-0564-73-250-2

UT.AV : P.P.V.

LOT N° : 9 8 9 0

98,90

UT.AV : P.P.V.

LOT N° : 9 8 9 0

98,90

UT.AV : P.P.V.

LOT N° : 9 8 9 0

98,90