

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060117

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02616 Société : RAS ND 17800
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TARDA MUSTAPHA
 Date de naissance : 05/07/56
 Adresse : Av Chokri 49 N°3 OASA
 Tél. : 06 61 41 57 30 Total des frais engagés : 4788,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Hassan EL GHOMARI
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabétologie et Nutrition
 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoua
 Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 98 14 9
 Date de consultation : 14/02/22
 Nom et prénom du malade : TARDA MUSTA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DIABETE - Diabète de type 2
 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 : CASABLANCA

Le : 06/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/03/2022 | 3 | | 200.00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Mme Chami Pharmacie de la Communauté Rue 2 N. 3 Ain-Chock CASABLANCA TEL: 072.53.71.98 | 14/03/22 | 4488.40 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

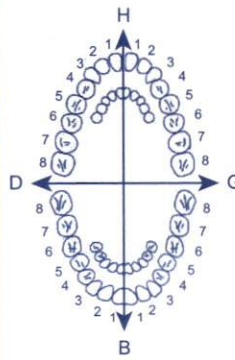
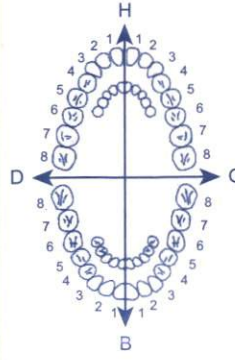
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 l'ODF.

| 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية و النمو
طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونترéal - كندا

Casablanca, le : 14.03.2009 : الدار البيضاء في :

Mme TARDA Malika

140,00
52,80

OEDES20MG

28,80 x 2 1-0-0 pendant 3 Mois

VITANEVRIL FORT

2-0-2 pendant 1 Mois

2x
344,00 ANTUS SOLOSTAR

152,50 x 2 28 UI le soir pendant 4 Mois

DIAMICRON 60 MG

78,70 x 4 1 - 1 - 0 pendant 4 Mois

JANUVIA 100

393,00 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x3
97,60 CIVASTINE 20 MG

x4
54,00 0 - 0 - 1 pendant 4 Mois

x4
72,00 RAMIPRIL 5

x3
72,00 1-0-0 pendant 4 Mois

x4
27,70 DETENSIEL 10 MG

x4
27,70 1 - 0 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 CARDIOASPIRINE 100 MG

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x4
27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

Mme Chami
PHARMACIE DE LA COMMUNE
Rue 2 N° 3 Ain-Chock
CASABLANCA

Tel : 012.437.1111

مرکز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

6-118001-08161-5

孫子

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD M
• AMM N°: 121/14/DM

PPV 97DH60
PER 12/23
LOT A3619-2

PRV 54DH00
21E000 0375



6 118001 101788



6 118001 090280



6 118001 101788

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1
Ain Sebaâ 20250 Casablanca 
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00



6 118001 081615

PPV
LOT 28,80
PER

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MA
AMM N°: 121/14/DM

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

PPV 540H00
21E004.00



6 118001 101788



6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Aïn Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

LOT: 211147
PER: 04-2024
PPV: 140,00DH

ne pas utiliser ci
sauf en l'absence
thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

PPV 540H00
54100

6 118001 101788

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma



6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

P.P.V. : 152,50 DH

PPV
-OT 29.30
PER

78,70

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2



6 118001 090280