

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.

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

Nº M21- 0060117

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02616

Société : RAN ND MASSA

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : TARDA MUSTAPHA

Date de naissance : 05/07/56

Adresse : Av. Chokri Bourguiba 49 N°3 OASMA

Tél. 06 61 41 59 30 Total des frais engagés : 1788,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/2022

Nom et prénom du malade : TARDA MUSTAPHA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : DM15 + Obésité postopératoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

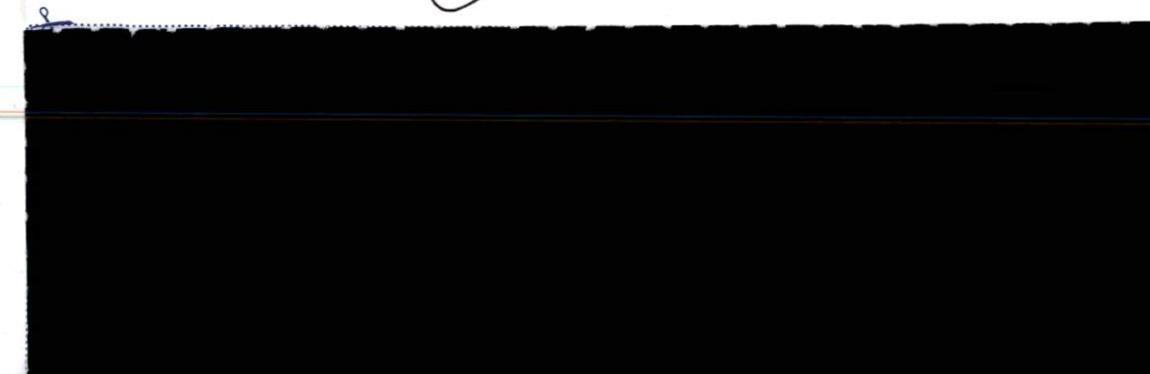
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 06/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



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
14/03/2022	3		300.000	 Hassan EL GHOMARI Dr Endocrinologie et Nutrition Boulevard Aïcha 100-102

AUXILIAIRES MEDICAUX

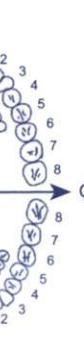
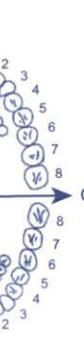
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">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														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>															
	<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 سابق بمستشفى سان لوك

蒙特利尔 - كندا

Casablanca, le :

14.03.٢٠١٦

الدار البيضاء في :

Mme TARDA Malika

140,00 .

52,80

OEDES20MG

1'S

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

VITANEVRIL FORT

1'S

2X 2-0-2 pendant 1 Mois

ANTUS SOLOSTAR

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

DIAMICRON 50 MG

1'S

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

JANUVIA 100

393,00 . 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x 3 CIVASTINE 20 MG

97,60 0 - 0 - 1 pendant 4 Mois

x 4 RAMIPRIL 5

54,00 x 3 , 1 - 0 - 0 pendant 4 Mois

72,00 DETENSIEL 10 MG

x 4 1 - 0 - 0 pendant 4 Mois

CARDIOASPIRINE 100 MG

27,70 0 - 1 - 0 pendant 4 Mois

x 4

4488,40

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

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

Tel : 05 22 86 37 44

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - فرع 3744 - 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 : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

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



6 118001 081615

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

6 118001 081608

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

6 118001 081608

LOT 210582
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

78,30
sauf en l'absence d'
thérapeutique

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

PPV 97DH60
PER 12/23
LOT K3127-2

PPV
LOT 28,30
PER

78,30
saut en l'absence d'
thérapeutique

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

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

PPV
LOT 28,30
PER

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

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

PPV 64DH00
21E00 09025
54,00

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH



Bayer S.A.

6 118001 090280

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH



Bayer S.A.

6 118001 090280

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH



Bayer S.A.

6 118001 090280

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma