

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 céphalaires, 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5.0.0.3.9

Société :

124521

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENACHRAK SANAA

Date de naissance : 22/10/1975

Adresse : 440, rue de Ouledmimma, casse

Tél. 06.62.81.70.26

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N°313 - Casablanca - Tél. 05 22 88 11 2

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/07/2022

Nom et prénom du malade : BENACHRAK SANAA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syphilis et Dépression

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) :



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
25/07/22	3		3000Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ACY DERB JALLAL pulmima - 522 27 79 95 04443000082	250722	338,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chacot 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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

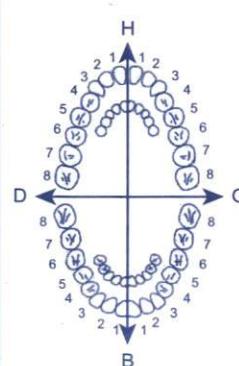
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



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
مونتريال - كندا

Casablanca, le :

27.03.22

الدار البيضاء في :

Mlle BENACHRAK Sanaa

13,40 x 14
LEVOHYROX 50



6,80 x 3
LEVOHYROX 25



91,80
1 CP 1J/2
1/2 CP 1/-J/2 pendant 3 Mois

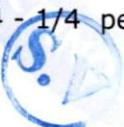


ALGIK

1 - 0 - 1 pendant 15 jours



141,80
AVLOCARDYL



1/4 - 1/4 - 1/4 pendant 3 Mois

30,120 x 2
KARDEGIC 75



0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

149,60 x 2
Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie



140,50 x 10 temp/mon Pdt 3mois
Siomylose
Abdelmoumen Center, Casablanca - Tél: 05 22 86 14 14
et Abdelmoumen N.313 - Casablanca - Tél: 05 22 86 14 44



PHARMACIE DERB TALIANE
416, Rue Goulimina - Casablanca
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 002804443000082

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

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

01/05/2023
P.P.V.: 210DH01

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V.: 30DH70



01/05/2023
LOT: 22E01
P.P.V.: 30DH70
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V.: 30DH70



01/05/2023
LOT: 21I29
PPV: 49,60 DH
EXP: 09/2024
AVLOCARDYL 40MG
CP 050 B50

01/09/2013
LOT: 224084
EXP: 04/24
PPV: 21DH80
AVLOCARDYL 40MG
CP 050 B50

P.P.V.: 41DH80

6 118000 010227

01/05/2023
LOT: 21129
EXP: 09/2024
PPV: 49,60 DH
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

بیومیلاز®
200U.CEIP/ml

40,00

10,60

10,60

7862160335

7862160335

7862160335

7862160336