

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000361

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000782 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAITA Mohamed  
Date de naissance :  
Adresse : Rue 30 n° 24 HAY ADIL Casablanca  
Tél. : 06 07 04 80 51 0 Total des frais engagés : 1348,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 04 / 07 / 2019  
Nom et prénom du malade : HAITA Mohamed Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DM2 + Colocystose  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : HAITA

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
04/07/2022	g		1062.40	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/07/2022	1062.40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

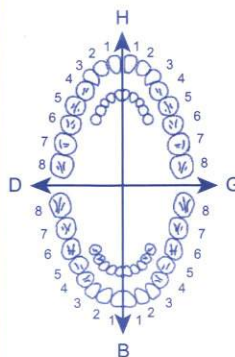
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

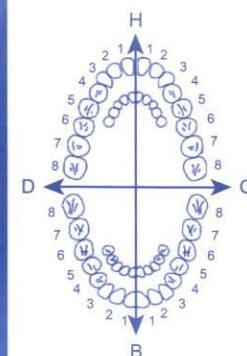
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 : 04-07-22 : **الدار البيضاء في**

**ME HAITA Mohamed**

**390,00 x 2**

**GALVUS 50**

**1-0-0 x 4 mois**

**31.30 x 4**

**ZyLoric 200**

**0-1-0 x 4 mois**

**68.60 x 2**

**HEPANAT**

**1-0-1 x 4 mois**

**1042.40**

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

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

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

**N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032**

LOT 212957  
EXP 11 2025  
PPV 31.30

**ZYLORIC 200 mg**

Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/21NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Rimboursable AMO



6 118000 022244

LOT 212957  
EXP 11 2025  
PPV 31.30

**ZYLORIC 200 mg**

Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/21NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Rimboursable AMO



6 118000 022244

LOT 212957  
EXP 11 2025  
PPV 31.30

**ZYLORIC 200 mg**

Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/21NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Rimboursable AMO



6 118000 022244

LOT 212957  
EXP 11 2025  
PPV 31.30

**ZYLORIC 200 mg**

Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/21NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Rimboursable AMO



6 118000 022244

68.60 DH  
de  
nt fin : 11/2024  
X3260  
Pr  
Via delle Inc.  
Importé et dis  
Beyah

68.60 DH

11/2024  
X3260

Via delle  
Importé et  
Ben



6118001031030

**Galvus® 50 mg**  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

**Galvus® 50 mg**  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH