

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3022

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

charli Mohamed

Aug 11

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 42 50 1

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-0049611**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3622 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : charbi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06614689501 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casab - Tel. 05 22 98 14 44*

Date de consultation : My / My / 2021 Nom et prénom du malade : charbi mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : diabetis type 2

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

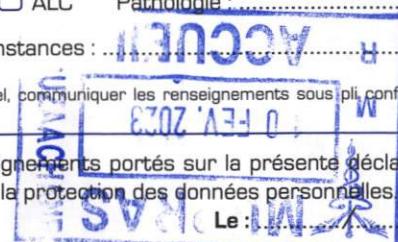
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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) : charbi mohamed



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
M M 20/11	3		300.00	Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Angle Boulevard Anoua' Tel : 05 22 86 14 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Abdelmoumen N° 313 et Abdelmoumen N° 315	Montant de la Facture
<p>LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BEN YOUSSEF N° 94, Lot PAINT N° 4-DEROUA Tél. 05 22 51 47 07</p> <p>INPE : 06 2074 810</p>	14-11-82		1407,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

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 الثدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

14/07/2014

الدار البيضاء في :

Mr. CHAABI Mohamed

68.80 X 4 MG

9-0-0 pendant 3 Mois

28.00 X 4 MG

GLUCOPHAGE 1000

1-1-1 pendant 3 Mois

30.70 X 3 MG

KARDEGIC 75MG

10-1-0 pendant 3 Mois

140.00 X 4 MG

BANDELETTES Extra

3 analyses / jour pendant 3 MOIS

49.60

D CURE FORTE 100 000

1 amp / mois pendant 3 mois

1407,20

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen 1 N° 211, Casablanca Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

INPE: 06 20 74 810
LA PHARMACIE REGIONALE
DU SAIDIEN
TOULOUSE
LAZARUS

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
E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
LOT : 22E005
PER : 03/2024
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
LOT : 22E005
PER : 03/2024
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS 830
LOT : 22E005
PER : 03/2024
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

28,00

28,00

28,00

LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

FACTURE

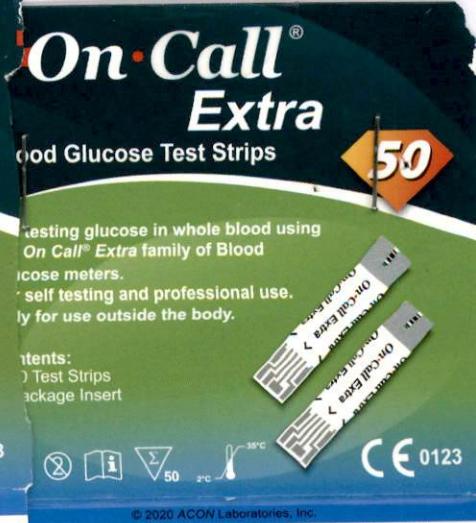
Pour Mr : ChaaBi Mohamed.

Facture N° : 190182 Date : 14-11-22

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1	Band de Pette Extru (B50)	4	140,00	560,00

Montant	560,00
T.V.A	120
TOTAL T.T.C	680

Arrête la présente facture à la somme de :



INFO PHARMA
 10, Rue Boulmane Bourgogne
 Casablanca 20040 Morocco
 Tel: + 212 5 22 22 34 07
 + 212 5 22 22 12 55
 Fax: + 212 5 22 47 45 92



INFO PHARMA
 10, Rue Boulmane Bourgogne
 Casablanca 20040 Morocco
 Tel: + 212 5 22 22 34 07
 + 212 5 22 22 12 55
 Fax: + 212 5 22 47 45 92



INFO PHARMA
 10, Rue Boulmane Bourgogne
 Casablanca 20040 Morocco
 Tel: + 212 5 22 22 34 07
 + 212 5 22 22 12 55
 Fax: + 212 5 22 47 45 92