

# 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3622 Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

charli .Mohamed

Date de naissance :

10/09/110

Adresse :

Tél. : 061 4293501 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0049609

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 : 3692 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : chahdi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 051 499501 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassani EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel. 05 22 88 18 18

Date de consultation : 14/11/2012

Nom et prénom du malade : EP Khadija Fatima L-pchoobi Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + hypertension porteur

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EST ARRIVE

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] : EST ARRIVE

#### **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
14/01/2011 M 20/01/2011	3		30000	Dr Hassan EL GHOMARI Endocrinologie et Nutrition Boulevard Anouar El Haraa Casablanca 06 44 44 44

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Im. 94, lot NAIT N'A-DEROUA Tél. 05 22 51 47 07	14-11-92	Abdeimounen N° 313 el Abdennour 5533,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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	
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 :

14 / 01 / 13

الدار البيضاء في :

**Mme EL KHADIRI Fatima Ep Chaabi**

1182,00D  
X/11 REGONAL

RYSODEG FLEX TOUCH

22ui MATIN 16 UI SOIR pendant 3 Mois

107,60D  
X/11

STAGID 700 MG

1-0-1 pendant 3 Mois

35,70D  
X/11

KARDEGIC 160

0-1-0 pendant 3 Mois

AIGUILLES 6 MM  
X/11

1140,00D  
X/11

BANDELETTES ON CALL PLUS

4 analyses/ jour PDT 3 MOIS

49,60

D CURE FORTE 100 000

1 amp / mois pendant 3 mois

5533,10

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

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>eme</sup> 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

LOT 221834  
EXP 05 2025  
PPV 107.60

LOT 221834  
EXP 05 2025  
PPV 107.60

LOT 221834  
EXP 05 2025  
PPV 107.60

LOT 221836  
EXP 05 2025  
PPV 107.60

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E006  
PER : 05 2024  
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E009  
PER : 05 2024  
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E006  
PER : 05 2024  
6 118001 081189

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégluquée/Insuline Asparte  
PPV : 1182,00 MAD

6 118001 121601

8-9564-73-250-2

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégluquée/Insuline Asparte  
PPV : 1182,00 MAD

6 118001 121601

8-9564-73-250-2

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégluquée/Insuline Asparte  
PPV : 1182,00 MAD

6 118001 121601

8-9564-73-250-2

PPV : 49,60 DH  
LOT : 21D27  
EXP : 04/2024

# LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

## FACTURE

Pour Mr : EL Khadiri Fatima  
 Facture N° : 199184

Date : 11.11.22

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
	Bandelettes on-call plus (50)	A0	140,00	1400,00

INPE: 06 20 74 810  
 LA PHARMACIE REGIONALE  
 Dr. Saad BENJELLOUN  
 Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
 Tél: 05 22 51 47 07

Montant	1400,00
T.V.A	
<b>TOTAL T.T.C</b>	

Arrête la présente facture à la somme de :

