

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ACC :

- 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.

N° W19-420447

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	5404	Société :	Parc Relante
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	MEIBAR SANINA 500
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661 456468	Total des frais engagés :	2460,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	Professeur Hassan EL SHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Diabetologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar El Attar El Moumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 88 11 11		
Nom et prénom du malade :	mejBar SAKINA		
Lien de parenté :	Age:		
Nature de la maladie :	Lui-même		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Conjoint		
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.			
Enfant			

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
07/02/2023	5		300.00	INP : 091028506 Signature Médecin : 091028506 Signature Secrétaire : 091028506 Date : 22/02/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27/01/2023 Cabinet du Pharmacien du Fournisseur	07/02/23	2160,60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>		Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>													
			CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
			MONTANTS DES SOINS													
			DEBUT D'EXECUTION													
			FIN D'EXECUTION													
			CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															

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
 التنفيذية و التمو
 طبيب سابق بمستشفى سان لوك
 مونتريال - كندا

Casablanca, le :

PER : 01.05.2025
 CP : 118000060017

AMAREL 3MG
 CP 830

P.P.V : 92DH10



Mme MEJBAR Sakina

AMAREL 3MG
 CP 830
 P.P.V : 92DH10

92/12XZ

184,00 AMAREL 3 MG
 1/2 / j le matin pendant 3 mois

39,00 X3

GALVUS MET 50/1000

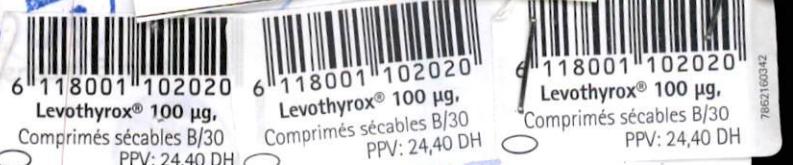
117,00 0 - 1 - 1, pendant 3 mois

24,00 X3

LEVOHYROX 100

73,20 1cp / j 6 j/7

1/2 cp 1j/7



97,60 X3

CIVASTINE 20 MG

292,60 0 - 0 - 1 pendant 3 mois

105,00 X2

NURA FORCE

1 - 0 - 1, pendant 1 mois

28,80 X8

VITANEVRIL FORT CP

230,00

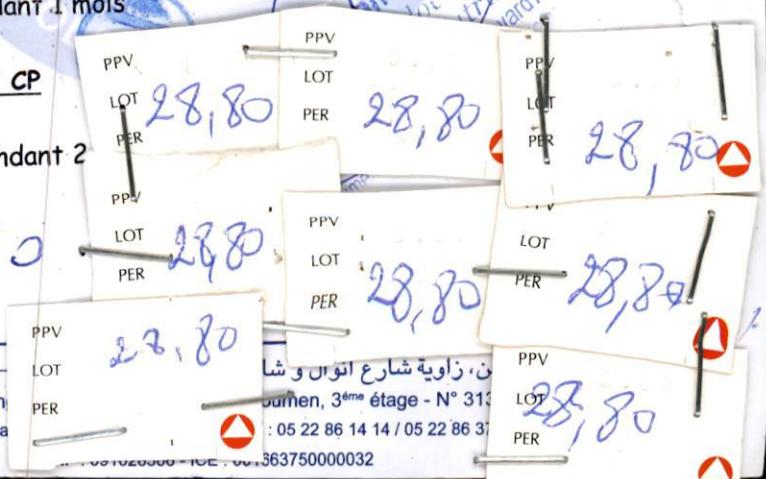
2 - 0 - 2, pendant 2

2160,60

- رقم 313 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, An

E-mail : hassanelghoma



~~LOT:0006~~
~~PER:12-25~~
~~PPC:105.00DH~~

~~LOT:0006~~
~~PER:12-25~~
~~PPC:105.00DH~~

PPV:97DH60
PER:10/24
LOT:L3578-2

PPV:97DH60
PER:10/24
LOT:L3578-2

PPV:97DH60
PER:10/24
LOT:L3578-2