

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

- Reclamation : 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 : **7357**

Société :

RAM 1170217

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KERROUM Abderrahim

Date de naissance :

14-09-1963

Adresse :

AVLED AZZAWY 46 N° 21

EL OULFA CASABLANCA

Tél. : **06 15 62 78 65**

Total des frais engagés : **650,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/09/2018

Nom et prénom du malade :

Noujat AHAL epikoreen Age : **54 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DYATHYME + DYATHYME

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 : **CASA 20. AGO 2018** Le **08/09/2018**

Signature de l'adhérent(e) : **Noujat AHAL epikoreen**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/06/2023	3		300.00	Dr. Hassan EL GHOMARI Praticien en Radiologie et Médecine Dentaire Centre Anse Bouleau Anouas TARIF 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AHMED Lot. 4 Unité 6 Oulad Azouz Dakar - Sénégal - 10000 INPL. 052103811	06/06/2023	350,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, 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 الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

蒙特利尔 - كندا

Casablanca, le :

٦٥٦٥٦٢٣

الدار البيضاء في :



Mme MOUJEB AMAL EP KERROUM

LEVOOTHYROX 25

1 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 3 mois

LEVOOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

ROSVAS SUN 10 MG

0-0-1 j/2, pendant 3 MOIS

DOLICOX 90

0 - 0 - 1, pendant 21 JOURS

VITANEVRIL FORT CP

2-0-1, pendant 1 MOIS

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

7863595

10 mg
s pellucides
voie orale
230092 03/202
PPV: 154DH1
LOT
EXP
ف
بنفوتيار
30 جمة
عن طريق الـ

750,10
PHARMACEUTIQUE MOULAY AHMED
Lol. 15hile 6 Ouled Azaiez
Casablanca - Tel: 052 65 88 98

SV
Professeur Hassan El Ghomari
Spécialiste en Endocrinologie et Diabétologie
Abdelmoumen Center
et Abdelmoumen N° 2

28,95
ف
بنفوتيار
30 جمة
عن طريق الـ

PPV: 86DH40
PER: 07/25
LOT: L2577-1

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual and Bd. Abdelmoumen, 3rd floor - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني : hassaneelghomari@yahoo.fr - Tél. : 05 22 86 14 14

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



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

7862160336



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

7862160335



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

7862160336



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

7862160335



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

7862160336



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

7862160335



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

7862160336