

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 : 11661

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

professeur Hassane EL GHOMARI

*Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tel: 05 22 86 11 14*

08/09/2013

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

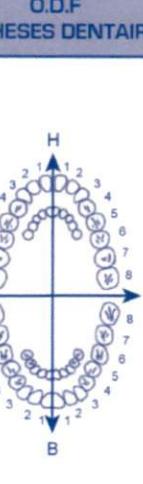
Signature de l'adhérent(e) : C.H

Le : 02/09/2013

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
08/10/2023	3		300.000	INP : [REDACTED] INPE : 091028506 Professeur Hassan EL GHOMARI Hématologie

EXECUTION DES ORDONNANCES Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	
	Date : 15/09/2023 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar N° 318 - Casablanca Montant de la Facture
	T = 22,60
	8-09-2023

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																																			
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>			
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																															
CCEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B 00000000 35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B 00000000 35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	-----		D 00000000 00000000		B 00000000 35533411		G	11433553		[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B 00000000 35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	-----		D 00000000 00000000		B 00000000 35533411		G	11433553																					
		H	25533412	21433552																															

		D 00000000 00000000																																	
		B 00000000 35533411																																	
		G	11433553																																
		[Création, remont, adjonction]																																	
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																			
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																			
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																			

Docteur Hassane 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

السكري

ن لوك

48,00

Casablanca, le : 08/09/23 ساء في :

48,00

Mme HASSINE Afaf

48,00

DIMAZOL 10MG

1/2 cp / j * 1 mois

1/2 cp 1j/2 * 2 mois

3 x 48,00

AVLOCARDYL

1/4-0-1/4, pendant 3 MOIS

2 x 61,80.

PROZEN 500

0-0-1, pendant 1 MOIS

NAZAIR

1 pul nasale * 3/jour, pendant 1 MOIS

TRESIBA FLEX TOUCH

16 ui le soir, pendant 3 MOIS

NOVORAPID FLEXPEN

14-12-14, pendant 3 MOIS

P.R. 08/2025
LOT 22/08/08
P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

P.R. 08/2025
LOT 22/08/08
P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

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

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

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032