

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

W21-832301

187668

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2379 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMID FATIMA

Date de naissance : 02/03/1955

Adresse : Lot Lina Nr 123 Sidi Maarouf

CASA

Tél. : 0662 124553 Total des frais engagés : 1086,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin Professeur Hassan EL GHOMI

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard And.  
Abdelmoumen N° 112 - Cas. Tél. 05 22 20 45 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/2023

Nom et prénom du malade : Hamid Fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète Type 2

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) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.12.23	66,50,

[illegible]

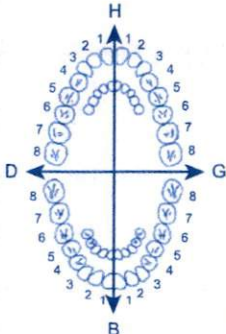
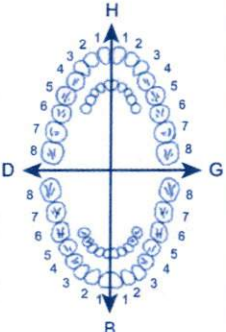
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<p>CLIMEDIS MEDICAL SARL Agence 20 Août 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjouh et Rue de la Place - Casablanca Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65</p>	09/12/23					729.00

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					<input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					<input type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION														
					<input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	G																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
					MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION															
				<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 سابقا بمستشفى سان لوك**

**مونتريال - كندا**

Casablanca, le :

12.12.23

الدار البيضاء في :

**Mme HAMID Fatima**

**Librax® 5/2,5 mg**

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT 23035 PER 03/2026  
PPV : 21.00 DH

**BOTTU SA**  
FPV : 45 DH 50

GALVUS-50

0-1-1 pendant 3 Mois

BANDELETTES

3 ANALYSES / JOUR pendant 3 Mois

LIBRAX

0-0-1, pendant 1 MOIS

SÉDATIF PC

1 - 0 - 1, pendant 1 MOIS

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

**Pharmacie BOUCHRA**  
Dr. Nizar BOUGHRA  
Sidi Maarouf  
Lotissement - Tél : 05 22 58 19 49

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Tél. : 05 22 86 14 14 - الهاتف

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



# **ORLIMEDIS NEGOCE**

Facture N° : **FC2307455**

**MM HAMID FATIMA**

**TPE008903**

Date	CLIENT	PAGE
19/12/23	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
TPE008903	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
G135-10HB50	6	BANDELETTE ON CALL EXTRA B/50	20%	120,00	720,00

**ORLIMEDIS NEGOCE SARI**  
 Agence 20 Août  
 N° 22 Bis, Avenue Rue Lahcen El Arjoun  
 et Parc de la Plage - Casablanca  
 Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
600,00	20%	120,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
600,00	120,00	<b>720,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
**720,00**

DHs