

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



Déclaration de Maladie

M23-0027082

194957

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50065 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom HARWAL NOUFISSA Vve CHATOUI Ned
 Date de naissance : 01.01.1953
 Adresse : 23 Résidence ERAC N°13 Hay EL Duffa Casa
 Tél : 0663635349 Total des frais engagés = 2789,30 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur Hassan EL GHOMARI**
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabétologie et Nutrition
 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
 et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14
 Date de consultation : 19 / 01 / 2024
 Nom et prénom du malade : Harwal Noufissa Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète de Nouvelle Onset ?
 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) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
AP 09 2024	3		300 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/2024	489,35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																
				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">185,90</div>															
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

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 سابقا بمستشفى سان لوك
مونترéal - كندا**

Casablanca, le : 19/01/2014 في: الدار البيضاء

Mme HARWAL Noufissa

190,30 x 4

MIXTARD 30

18,00 x 6 32 ui matin 16 ui soir pendant 3 Mois

DIAFORMINE 850MG

185,20 x 4 0-1-1 pendant 3 Mois

SULIAT 160/5

57,80 x 3 1-0-0 pendant 3 Mois

LD-NOR 1G MG

87,10 x 4 0-0-1 pendant 3 Mois

NEBILET 5 MG

27,70 x 3 1-0-0 pendant 3 Mois

CARDIOASPIRINE 100 MG

31,30 x 3 0-1-0 pendant 3 Mois

ZYLORIC 200 MG

99,- x 1 0-1-0 pendant 3 Mois

MAGMINE 300

79,80 x 1 0-0-1, pendant 1 MOIS

KALMAGAS TRANSIT

1-0-0, pendant 1 MOIS

2489,30

Mixtard® 30
100U/ml
Suspension injectable
Flacon de 10ml
PPV : 190 DH 30



8-0191-73-230-1

Mixtard® 30
100U/ml
Suspension injectable
Flacon de 10ml
PPV : 190 DH 30



8-0191-73-230-1

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

V14097701

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

و شارع عبد
Abdelmoume

الهاتف : 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني

CE : 001663750000032

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE *
مركز عبد يوسف
N° 313 - Casablanca

V14097701

LOT 231793
EXP 05 2027
PPV 31.30

LOT 231945
EXP 05 2027
PPV 31.30

LOT 231945
EXP 05 2027
PPV 31.30

Mixtard® 30
100U/ml
Suspension injectable
Flacon de 10ml
PPV : 190 DH 30

Mixtard® 30
100U/ml
Suspension injectable
Flacon de 10ml
PPV : 190 DH 30

185,20

185,20

185,20

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2729

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2729

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2733

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2733

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2733

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2729

LOT 231511
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 231510
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Magnamine
MBA9 0426
LOT PER in 300
Prix 99,00 B6

LOT: 230560
PER: 07/2026
PPC: 79,90dh

KALMAGAS®
Transit

LOT : 231511
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH