

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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 : N° P19-0009995

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9055

21057

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUAMMEN KARIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666717379

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

PROFESSEUR Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual  
et Abdelmoumen N°313 - Casab - Tel : 05 22 88 14 14

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/2018

Nom et prénom du malade : KARAMI HAKIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0009995

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

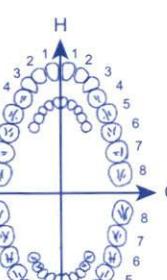
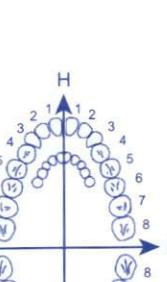
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date de la Consultation	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/2014	Actes			Dr. Hassan EL GHOMARI Endocrinologie 333 - Casaboulevard Anouar Signature : 333 - Casaboulevard Anouar Signature : 05 22 86 14 44
			3000M	Dr. Hassan EL GHOMARI Endocrinologie 333 - Casaboulevard Anouar Signature : 333 - Casaboulevard Anouar Signature : 05 22 86 14 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cache du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Abdelmoumen N. KACHAOU	06/12/2019	209,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### — VOLET ADHÉRENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins		
					
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>					
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>					
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>					
<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	$  \begin{array}{r}  \text{H} \\  \begin{array}{r}  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553  \end{array}  \end{array}  $				
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>				
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>				
	<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>				
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>				
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>				
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>				
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**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

التفعية والتثمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le : 06.12.19

الدار البيضاء، في:

**Mme KARAMI HAKIMA**

13,40X3  
X LEVOTHYROX 50  
1 cp / jour pendant 3 Mois  
6,80X3  
X LEVOTHYROX 25  
1+1/2 cp / jour pendant 3 Mois  
98,80  
NEOFORTAN 160  
1 cp x 3/j pendant 5 jours  
49,60  
D CURE FORTE 100 000  
1 amp / mois pendant 3 Mois  
209,15

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

7862160336

EXP: 22/02/2022  
LOT: 49-95-00  
PPV: 49,60 DH

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

PHARMACIE OUM RACHAD  
Dr. Oum Rachad AALAM  
88, Rue de Souss  
Mohammed V - Casablanca - Tel: 05 23 32 14 57

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنواو وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032