

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1002

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AJAL OTMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE ORJOUANE Hay RAMA Agpt CASA

Tél. 0612133331

Total des frais engagés : 1438,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Enseminologie
Diabetologie et Nutrition
Abdelmouhoub Center Angle Ecully et Anoual
Abdelmouhoub N° 313 - Casa - Tél: 05 22 45 14 14

Date de consultation : 21/10/2012

Nom et prénom du malade : Djalil OTMANE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Dysthé + Diabète + Hypertension

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 Le : 22/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/10/2015	Consultation	3	300 DH	
20/10/2015				
20/10/2015				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL AMANA <u>Mme. Naimi Sounni Samira</u> <u>Douleur en Pharmacie</u> <u>13, Rue Annarjis Beauséjour</u> <u>Casablanca - Tél : 05 22 38 00 70</u></p>	11/01/2020	1138,25

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

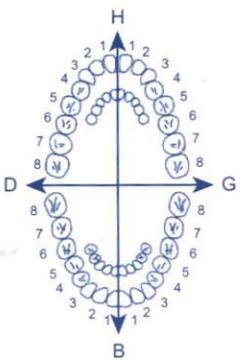
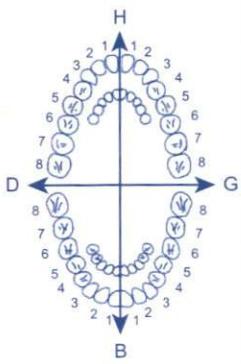
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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
التنفيذية والنموا
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : ٢٨/١١٠/٢٠٢٠ الدار البيضاء، في:

78,70

Mr. AJAL Otmane

PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Soumni Samra
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beauséjour
Casablanca - Tél : 05 22 39 08 70

DIAMICRON 60

1-1-0 pendant 3 Mois

METFORMINE 850

1-1-1 pendant 3 Mois

CRESTOR 10 MG

0-0-1 pendant 3 Mois

CARBOSYLANE

2 gel avant repas midi

FORXIGA 10

0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

BANDELETTES

3 ANALYSFS / JOUR pendant 3 Mois

Sotherna
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74,00 DH

6118001070393

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 563,00 DH

6 118001 185023

الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmoumen Center, Angle Bd. Ar
E-mail : hassanelghomari@yahoo

N° IN

4 710627 337996

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

LOT : METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER : 05/2010

6 118000 062134

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



GS300

105,00

4 710627 337996