

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-520684

XD: 46932

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1421 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : KETTANI Nohamad TATEDDINE

Date de naissance : 25.11.1957

Adresse : 25-11-1957 Sirdaouss N° 3 KM 8.1 Rd de MRKKA

Tél. : 06 66 87 66 73 Total des frais engagés : 780,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin : 06 66 87 66 73

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.9.2011

Nom et prénom du malade : KETTANI RAJAE Nohamad

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dystrophie + Asthme

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 ~~RGPD~~ relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :







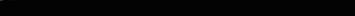


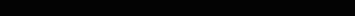


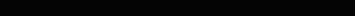


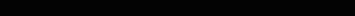


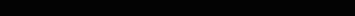


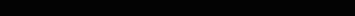


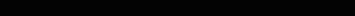


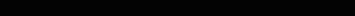


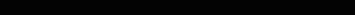


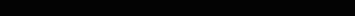


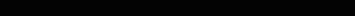


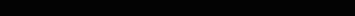


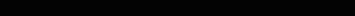


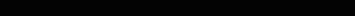


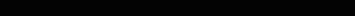


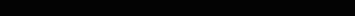


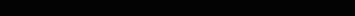


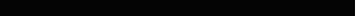


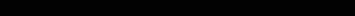


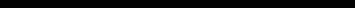


































































































































































































<img

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
14/01/2024	14/01/2024	300	300	DP 091028506 Professeur Hassan EL GHOMARI Endocrinologie Paris

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
<p>Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar et Abdelmoumen N° 3 Monastir de la Facture</p> <p>14/09/2016 480,30</p>	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)																
				INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montants des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
H		25533412	21433552																	
D		00000000	00000000																	
B		35533411	11433553																	
G																				
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
		Montants des soins <input type="text"/>																		
		Date du devis <input type="text"/>																		
		Date de l'exécution <input type="text"/>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																				

**Docteur Hassan EL GHOMARI**

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabèteologie

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 والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

蒙特利尔 - كندا

Casablanca, le :

١٤.٠٩.٢٢ الدار البيضاء،

**Mme KETTANI Rajae Nee Jouahri**

RELAXOL 500MG/2MG

61/50/2 2 - 0 - 2 pendant 12 jours

MOBIC 15 MG

0 - 0 - 1 pendant 21 jours

VISENTIEL

1 cp / jour pendant 1 Mois

RELAXIUM 375

1 gel / le soir pendant 3 Mois

LEVOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

LEVOTHYROX 25

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 3 mois

CALCIFIX

99/50/2 1 cp à sucer \* 3 / j pendant 3 Mois

ANSIOVIT

1- 0-1 pendant 1 Mois

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

LOT : 19E004  
PER : 09 2022

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

LOT : 101  
PER : 12 2022

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال 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 : E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



LOT: J1427

PER: 05/23

PPV: 61DH50



**Mobic®**

Meloxicam

**15 mg**

Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013  
Levothyrox® 50 µg.

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160316



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160315

**Ansiovit®**

À base d'actifs naturels

A consommer de  
préférence avant le: 02/2023

PPC: 99,00 DH



Lot: 200042

À consommer de  
préférence avant le: 02/2023

PPC: 99,00 DH



8 032578 476019



8 032578 476019