

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0051337

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2956 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAETOUH Rachida

Date de naissance : 19-04-1955

Adresse : Habituelle

Tél : 0661127121 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/2023

Nom et prénom du malade : MAETOUH Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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
20/10/13			3 00 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie N° 313-Casa - Tél: 02 22 86 97 88 Hind LAKEH Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tél: 02 22 86 97 88	28/10/13	2854,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

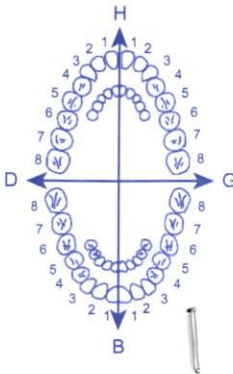
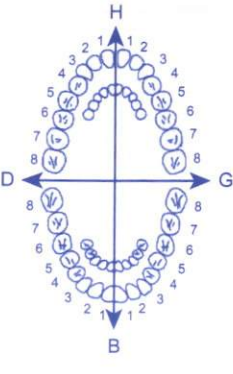
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

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 و الصيدلة
 أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
 التغذية و النمو
 طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
 مونتريال - كندا

Casablanca, le : 20/01/93 : الدار البيضاء في

Mme MAFTOUH Rachida

6x 393,00

JANUVIA 100

1-0-0, pendant 3 mois

3x 154,30

SCITAP 10

1-0-0, pendant 3 mois

3x 6,80

LEVOTHYROX 25

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

6x 119,50

ATACAND 4 MG

1-0-1, pendant 3 mois

82,10

INEXIUM 20MG

1-0-0, pendant 3 mois

T, 2854,40

Pharmacie EL GHOMARI
 Hind EL GHOMARI
 Docteur en Pharmacie
 400, Route El Jadida
 CASABLANCA
 Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.78

Professeur Hassan EL GHOMARI
 Spécialiste en Endocrinologie
 Nutrition & Croissance
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casa Blanca
 Tél: 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casa Blanca
 E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr : البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 : الهاتف
 N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

DPV: 393,00 DH.
Januvia® 100 mg
comprimés pelliculés
Sitagliptine
liptine monohydraté



sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

PPV: 393,00 DH.
Januvia® 100 mg
comprimés pelliculés
Sitagliptine



sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique
P.P.V: 393,00 DH. MAROC.

Januvia® 100 mg
comprimés pelliculés
Sitagliptine
agliptine monohydraté



sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.

Januvia® 100 mg
comprimés pelliculés
Sitagliptine

gliptine monohydraté



S-CITAP® 10 mg
30 Comprimés pelliculés



CiplaMaroc

LOT: KE10122
PER: SEP 2023
PPV: 154 DH 30

S-CITAP® 10 mg
30 Comprimés pelliculés



CiplaMaroc

LOT: KE10123
PER: SEP 2023
PPV: 154 DH 30

S-CITAP® 10 mg
30 Comprimés pelliculés



CiplaMaroc

LOT: KE10119
PER: SEP 2023
PPV: 154 DH 30

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg
Bte de 30
138/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg
Bte de 30
138/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXTIUM

20 mg
Boite 14
40/15 DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg
Bte de 30
138/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg
Bte de 30
138/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg
Bte de 30
138/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg
Bte de 30
138/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH
6 118001 020522