

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



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

Déclaration de Maladie

M23-003128

☐ Maladie

☐ Dentaire

199404

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BIN H B E M A N E

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2024

Nom et prénom du malade : BEDANAR

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie :

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.

à : 2024 Le : 8/03/2024

de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
30.01.84			3000 H.	

Professeur Hassan EL GHOMRI
 Spécialiste en Endocrinologie
 et Nutrition
 Centre de Diagnostic et de Traitement
 N° 313 - Cas. - Tél: 05 22 86 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/01/84 442,10

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

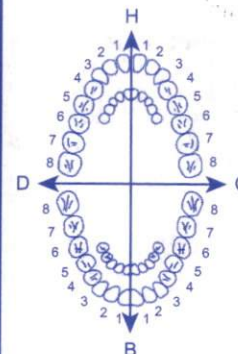
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 G 00000000
 35533411 11433553
 B

Coefficient DES TRAVAUX

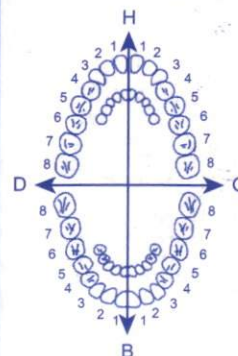
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 : 30.10.14 : الدار البيضاء في

Mme BENAMAR Dina

LEVOTHYROX 50

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

LEVOTHYROX 25

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

LD NOR 10

0-0-1, pendant 3 mois

ALGANTIL 200 MG

1-0-1, pendant 5 jours

UVEDOSE 100 000

1 amp / mois, pendant 3 mois

CARTIGEN

1-0-1, pendant 3 mois

PRAZOL 20 MG

0-0-1

BREXIN 20 MG

0-0-1

VITANEVRIL FORT CP

2-0-1

RISONEL

1-0-0

DAFLON 1000

0-0-1, pendant 3 mois

Pharmacie Univers Santé
Hicham JAMALI
116, Rue Jhal El Ouh
05 22 86 14 14

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

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

N° ICE :

Spécialité :

N° INPE :

091028506

Certifie que Mlle, Mme, M. Abdelmoumen EL GHOMARI

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Hypothyroïdie + Dyslipémie + Génomélie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : levothyrox 50 + levothyrox 25 + L-Nor 10 +
Algon P 200 + Uvedase 10000 + Cortigen + Prozo P 20 + Bexin 20 +
Vitonex P Fort + Risonel + Dablon 1000

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CMA le 05/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

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

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

UT.AV : 2026 P.P.V. :

LOT N° : HL 0823

89,20

P10002669



6 118001 10013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

PPV: 30DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-1



ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH90

EXP 04/2026
LOT 34005 1

SCC

Maphar
Bd Alkima N° 8, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 18,20 DH



6 118001 185030

LOT : 231847

EXP : 11/2026

PPV : 57,80DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

PPV

LOT

PER

28,80

59,30

