

## 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.

### 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

N° W19-560370

41.149

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHATTABI DESS

Date de naissance : 17.5.1954

Adresse : 57, Rue Loulaya Hay Almaghrib Al Jadid Bernachad

Tél. : 06 63 17 32 63

Total des frais engagés : 639,45

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual  
et Abdelmoumen N° 315 Casablanca - 05 22 22 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/05/2020

Nom et prénom du malade : CHEHBI Soumaya

Age : 31.1.1989

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : Bernachad

Le : 12 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) : Bernachad

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

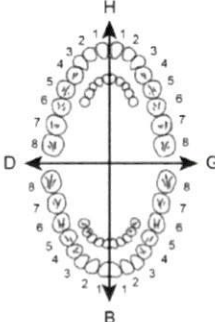


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/09/2020	S3			INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Hassan EL KHOMRI Boulevard Anouar el-Bejjani Tél: 66 22 88 44 44

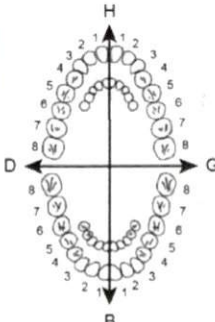
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/05	339,45
	2060	

[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Montants Soins	Dents Soignées
			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>			
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>			
DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right;"> <b>B</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: left;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**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 والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le : 08.09.2020 : الدار البيضاء، في

**Mme CHEHBI Soumaya**

D CURE 25000

1 amp / mois pendant 3 mois

PHYXOL

1 càs \* 3 / j pendant 10 jours

ICAM 5 MG

1 cp / jour pendant 1 Mois

VITANEVRIL FORT

2 - 0 - 2 pendant 1 Mois

PPV : 56,30 DH  
LOT : 20014/B  
EXP : 04/2022

D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE



6 118001 320080

6 111261 750093

PPC : 77,45 DHS

Lot n° :

EXP :

PPV :

90,50

PPV

LOT

PER

28,80

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
Adelmoumen 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 : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032