

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° W19-572004

54442

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2379 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMID FATIMA
 Date de naissance : 21/11/55
 Adresse : 129, LT Union Soli Marocain. CASR
 Tél. : 0662126553 Total des frais engagés : 1155DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/11/2021
 Nom et prénom du malade : HAMID FATIMA
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DIABETE + Obésité
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 21/12/2020 | 3 | | 300 000 | 091028506 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
| Pharmacie OUM EL KHAYRI | 21/12/2020 | 315,00 |

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 |
|----------------------------------|----------------|----------|---------------------------------|
| Agence 20 Août | 30/12/2020 | AM PC IM | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|-----------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> | | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

إختصاصات : - داء السكري -

سان لوك

Casablanca, le : 21.12.22 : يضاء في

Mme HAMID Fatima

GALVUS 50

1-0-1 pendant 3 Mois

BANDELETTES

3 ANALYSES / JOUR pendant 3 Mois

FITOFER

1cp/ j pendant 1 Mois

CARBOSYLANE

2 gel avant repas midi soir

NEOFORTAN 160

1 cp x 3/j pendant 3 jours

FUCIDINE

1 application/j

BAYCUTENE CREME

1 app soir

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
Agence 20 Août
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Anjoun
et Rue Mohammed VI - Casablanca
Tél. : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 39 39

Pharmacie OUV
147, Lot. Cor
Sidi Maârouf
Tél: 05 22 97 98, 20.

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada - Tél: 05 22 86 14 14

Lot: 200229
A consommer de
préférence avant le: 04/2025
PPC: 79,80 DH

Sothema
L. Tazi, Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74,00 DH
6118001070393

NEOFORTAN 160 m
PPV 98DH80
EXP 09/2023
LOT 06063

FUC
FUCIDINE
PPV : 39,70

LOT :
PER :
PPV :

22,70

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

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FN202202

MM HAMID FATIMA

BL/ESPECE

| Date | CLIENT | PAGE |
|----------|----------|------|
| 30/12/20 | 34210475 | 1 |

| Référence commande N° | Representant | Mode d'expédition | Mode de règlement |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------------|
| BL/ESPECE | 20AOUT | NOS SOINS | |

| Référence | Qté | Désignation | TVA | P.U HT | R% | MT HT |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|---------|----|--------|
| 06454011200 | 3 | BANDELETTE ACC PERFORMA 50 TEST | 20% | 150,000 | | 450,00 |
| <p style="text-align: center;"> ORLIMEDIS NEGOCE SARL Agence 20 Août N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun et Rue de la Place - Casablanca Tél. : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65 </p> | | | | | | |

| MT HT | TVA | MT TVA |
|--------|-----|--------|
| 450,00 | 20% | 90,00 |

| H.T | Mt TVA | Total TTC |
|--------|--------|-----------|
| 450,00 | 90,00 | 540,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cinq cent quarante Dhs DHs