

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 ALP :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009382

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

61680 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5.0039

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Benachache Samia

Date de naissance : 22.10.1975

Adresse : 440 rue de Crémieux, Casa

Tél. : 0662 817026

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMATI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation : 01/03/2021

Nom et prénom du malade : BENACHACHE Samia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension - Neuropathie

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 : 02/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**MUPRAS**  
12 MARS 2021  
**ACCUEIL**



# 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
01/03/21			300,00	Professeur Hassan EL GHOMRI Spécialiste en Endodontologie Dentobio Center Angle Boulevard Anoual et Abdelhak en N° 313 - Casa - Tél : 77 65 11 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DE LA CHAOUA Docteur en Pharmacie Mme DIOURY KANTIA Rue Goulmina - CASABLANCA Tél : 0527 27 79 95 / 0527 27 79 96	01.03.21	287,20

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

# 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

D	H	G	
25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 : 2017.03.21 : الدار البيضاء في

**Mlle BENACHRAK SANAA**

1340 x 3  
(40.2)  
**LEVOTHYROX 50**

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

6.80 x 3  
(20.40)  
**LEVOTHYROX 25**

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

3070 x 3  
(92.10)  
**KARDEGIC 75**

0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

4180  
**AVLOCARDYL**

1/4 - 0 - 1/4 pendant 3 Mois

21.00  
**LIBRAX**

1 CP / JOUR pendant 1 Mois

47.20  
**TRIMEDAT 150**

0 - 1 - 1 pendant 15 jours

24.50  
**Dervitan**

1 - 1 - 1 x 1 mois

287.20



**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual  
Abdelmoumen N° 313 - Casa - 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<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



6 118000 280019

LOT:20150 PER:09/2023  
PPV:21,00 DH

41,90  
PPV 41,90  
LOT 20007  
A18651

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

30  
rimés pelliculés  
voie orale

PPV 24,50 DH  
LOT E019 PER 11/21



Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Ain rebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V: 30,70 DH

6 118000 061847

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Ain rebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V: 30,70 DH

6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B3  
LOT: 20E013  
PER: 06/2022  
P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

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

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

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