

# 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 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° P19-0027433

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2731

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HICHAM LATIFA

Date de naissance : 15/03/56

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0624606038

Total des frais engagés 1728,40 + 300 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmounien Center Angle Boulevard Anouar  
et Abdelmounien N° 312 - Casa Tél : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 15/01/2021

Nom et prénom du malade : Hicham Latifa

Age : 65 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Artériosclérose + Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

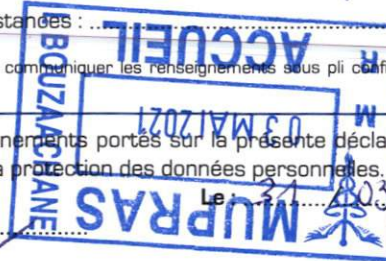
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 21/03/21

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
10/01/21	3		300,00	
24				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MZOURA Dr MEHDI BENMAKHOUF Tél : 06 61 06 92 32	15.1.21	1728,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

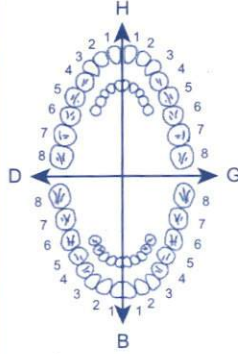
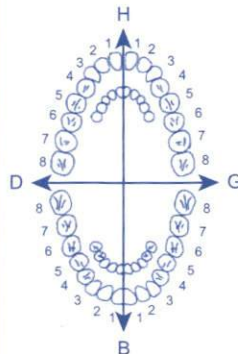
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</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] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				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 : 15/10/2020 : دار البيضاء في

**Mme HICHAM Latifa**

**ODIA 3 MG**

1/2-0-0 pendant 3 Mois

60,00 x 2 = 120,00

**JANUVIA 100**

0-1-0- pendant 3 Mois

393,00 x 3 = 1179,00

**IPRADIA LP 1000**

1-0-1 pendant 3 Mois

25,10 x 6 = 150,60

**D CURE FORTE 100 000**

1 amp / 2 mois

49,60

**CURARTI FORTE**

1-0-1\* 1 mois

149,50

1-0-0 \* 1 mois

**AZIX 500 MG**

1 cp / j 6 jours

79,10

6 118001 160457  
**JANUVIA® 100 mg**  
Boîte de 28 Comprimés pelliculés  
Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1  
AMM 121/140MP/21/NRQ

6 118001 160457  
**JANUVIA® 100 mg**  
Boîte de 28 Comprimés pelliculés  
Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1  
AMM 121/140MP/21/NRQ

6 118001 160457  
**JANUVIA® 100 mg**  
Boîte de 28 Comprimés pelliculés  
Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1  
AMM 121/140MP/21/NRQ

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

**TOTAL = 1728,40**

**IPRADIA® LP 1000 mg**  
Boîte de 30 comprimés à libération  
prolongée

PPV : 25,10 DH

6 118000 023517

**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

مرکز 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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



UT.A.: 04 2022 P.P.V. 79 70  
LOT N°: 1290362 79,70  
09366030/4

LOT 202007 1  
EXP 09 2023  
PPV 60.00

25,10

LOT 202007 1  
EXP 09 2023  
PPV 60.00

25,10

25,10

25,10

25,10