

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 Aït Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aït 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° W21-626567

80585

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **01421** Société : **RAM**

Matricule : **01421** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **KETTANI Mohamed Tahmine**

Date de naissance : **25.11.1957**

Adresse : **Régidence 81 Firdaous N°3 Rte de MEKKA - Casa**

Tél. : **06 66 57 66 73** Total des frais engagés : **709.90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03/08/2021**

Nom et prénom du malade : **TOUHRI RAJAE**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Dystrophie + polyarthropathie**

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) :

03.8.2021

03/08/21

Autorisation CNDP N° : A-A-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
07/07/21	200,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
05/17/21	409,90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] []														
				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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	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 و الصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le : 05/07/21 : الدار البيضاء في

Mme KETTANI Rajae Nee Jouahri

LEVOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 6 mois

LEVOTHYROX 25

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 6 mois

COLCHICINE

1 cp / j 1 mois /2 pendant 6 mois

CALCIFIX VIT D3

1 cp / j 1 mois /2 pendant 6 mois

MOBIC 15 MG

1 cp / jour pendant 1 Mois

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Bd. Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

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 : E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICF : 001663750000032



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

7862

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

7862160336

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

78621603

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160336

78621603

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

78621603

42,20

CALCIFIX D₃
30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021407

42,20

NE LAISSER NI À LA VUE NI À LA PORTÉE DES

CALCIFIX D₃
30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021407

LOT 200843
EXP 05/2022
PPV 13.40DH

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM
20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM

LOT 200843
EXP 05/2022
PPV 13.40DH

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM

LOT 200843
EXP 05/2022
PPV 13.40DH

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM
20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM

LOT 200843
EXP 05/2022
PPV 13.40DH

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
DPOCALCIUM

15 mg

Meloxicam

Mobic®

PPV: 61DH50

PER: 09/23

LOT: J2374

15 mg

Meloxicam

Mobic®

PPV: 61DH50

PER: 09/23

LOT: J2374

15 mg

Meloxicam

Mobic®

PPV: 61DH50

PER: 09/23

LOT: J2374

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 : 07/07/2021 : الدار البيضاء في

CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE DE LONGUE DUREE SOUS

PLI CONFIDENTIEL

Je soussigné Professeur **H.EL GHOMARI** certifie que :

M. Dr. H. EL GHOMARI

Présente Thymine Hadjime + Lefthymine

@ polyarthralgies

Sous traitement par Remb d'un bilan de

surveillance en un traitement

de la part d'un médecin

de la part d'un médecin

Certificat médical de maladie de longue durée délivré sous pli confidentiel

Sur la demande du patient

Pour servir et valoir ce que de droit.

Signé

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

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 / 05 22 86 37 44 : الهاتف