

# 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.

## Pathologie 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](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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051767

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03268 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite 90071  
Nom & Prénom : KHIDIQUI Abdelaziz  
Date de naissance : 06/04/1953  
Adresse : 379, Bd PANORAMIQUE CASA  
Tél. : 0664790914 Total des frais engagés : 1717,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 09/10/2021  
Nom et prénom du malade : KHIDIQUI Abdelaziz Age : 66  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DM2 + HTA + Colopathie  
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 : CASABLANCA Le : 28/10/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

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                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06/10/24        | 3                 |                       | 300.00                          | Professeur Hassan EL GHOMARI<br>et Abdelmoumen W 313 - Cas - Tél 05 22 88 14 42 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie El Ghomari<br>Pisla 1002 Rue 30 N 30<br>Hay Lakmal Ain Chock<br>Tél 05 22 50 60 2 | 06/10/24 | 1247.90               |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| 28/10/24                         |                |        |    |    |    | 170.00                          |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

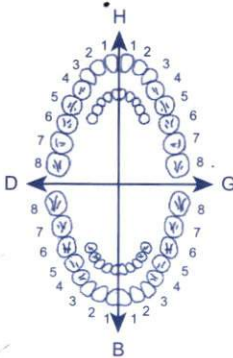
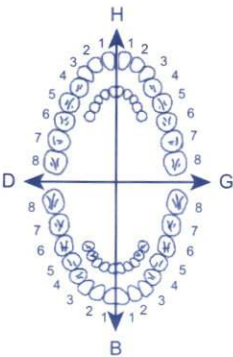
AIR MEDICAL  
100 Niv Abdelrahman Rue 300  
N 25 Ain Chock Casa  
Tél 05 22 50 60 29  
05 22 50 60 29

# 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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |   |
|---|--|------------------|-------------|---|
|    |  |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  |
|   |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |
|   |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  |
|   |  |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>  |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



**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 :

06/10/21

الدار البيضاء في :

**Mr. KHIDIOUI AZIZ**

**DIAMICRON 60**

1/2-1/2-0 pendant 4 mois

**IPRADIA LP 500**

0-0-1 pendant 4 mois

**LIBRAX**

1 cp le soir pendant 1 Mois

**SOMNAT**

0 - 0 - 1 pendant 1 Mois

**ZEPAM 6 mg**

1/2 cp le soir

**LEVAMOX 1 g eff**

1-0-1 pendant 10 jours

**SULIAT 80/5/12.5**

1-0-1 pendant 4 Mois

**NEBILET® 5mg**

28 comprimés C

PPV 87DH50

**NEBILET® 5mg**

28 comprimés

PPV 87DH50

3 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Ce

E-mail : hassa

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن

Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني :

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



**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 سابقاً بمستشفى سان لوك**

**مونتريال - كندا**

Casablanca, le : 06/10/21 : الدار البيضاء في

**Mr. KHIDI OUI Aziz**

BANDELETTES

4 ANALYSES / JOUR pendant 4 Mois

REF 07124112019



4 015630 064007

صنع في ألمانيا / Made in Germany

Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
www.accu-check.com



**AIR MEDICAL**  
Hay Miv Abdelmoumen 300  
N° 25 Ain Chock - Casa  
Tél: 05 22 86 14 14 / 06 66 78 13 26

**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 وشارع 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



# AIR MEDICAL

Facture en FRF N° : 21/0874

KHIDIOUI AZIZ

Vente Matériel Médico-chirurgical

| DATE       | CLIENT | PAGE |
|------------|--------|------|
| 28/10/2021 | KH0522 | 1    |

Mode de règlement :

| Réf. | Désignation                 | Quantité | Prix Uni. TTC | Montant TTC | % TVA |
|------|-----------------------------|----------|---------------|-------------|-------|
| 0093 | BANDELETTE ACCU CHEK BTS 50 | 1        | 170.00        | 170.00      | 20.00 |

|          |        |                  |        |       |              | TOTAL TTC                       | ACOMPTE        | NET A PAYER |
|----------|--------|------------------|--------|-------|--------------|---------------------------------|----------------|-------------|
| BASES HT |        | REMISE           | MT TVA | % TVA | PORT         | TOTAUX                          |                |             |
| 1        | 141.67 | Tx: 0.00<br>0.00 | 28.33  | 20.00 | 0.00<br>0.00 | H.T. : 141.67<br>T.V.A. : 28.33 | 170.00<br>0.00 | 170.00      |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

cent soixante-dix dirhams

AIR MEDICAL  
Hay Miy Abdellah Rue 300  
N° 25 Ain Chock - Casa  
Tél: 0522 87 27 49  
0666 78 15 26