

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Alal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 Tel : 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° W21-626573

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01421

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : KETTANI N° Tajeddine

Date de naissance : 25-11-1958

Adresse : Résidence El Firdaous n°3 Km 8.1 Rte de

NEKKA. Casablanca Air Clock CABA

Tél : 06 66 576673

Total des frais engagés EL GHOMARI 945,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2022

Nom et prénom du malade : JOUAHRI Rajie

Age : 66

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie

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 : 24/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

PAR MAIL

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-626573

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01421

Nom de l'adhérent(e) : KETTANI N°

Total des frais engagés : 945,60

Date de dépôt : 24.1.22



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
08 A.V. 20	3		300 000	091028506 professeur Hassan EL GHOMARI spécialiste en Endocrinologie Nutrition

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL DRABIA</b> <b>BOUCHRA ELASLAMI</b> Boucheur en Pharmacie Route Bouskoura 105 Km 14 Drabba Ouled haddo Casablanca Tél : 06 22 22 45 72	8/7/92	645.60

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	

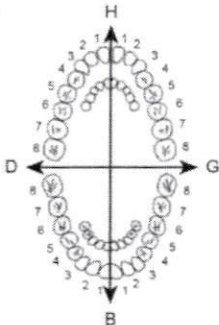
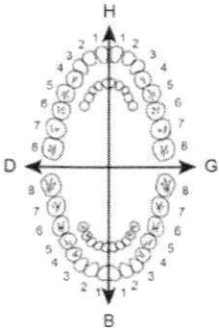
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 : <input type="text"/>								
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 : 08.01.22 : الدار البيضاء في

**Mme KETTANI Rajae Nee Jouahri**

55.60

13.40x4

LEVOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 4 mois

13.60

6.80x2

LEVOTHYROX 25

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 4 mois

84.40

42.20x2

CALCIFIX VIT D3

1 cp / j 1 mois / 2 pendant 4 mois

ANSIOVIT

218.00

1 - 0 - 1 pendant 2 Mois

D STRESS

109.00x2

1 - 0 - 1 pendant 2 Mois

276.00

69.00x4

KALMANER

0 - 0 - 2 pendant 2 Mois

**PHARMACIE EL DRABNA**  
BOUCHELAÏA 13000  
Docteur en Pharmacie  
Route Boukhroua 10 Km 11  
Casablanca 30500 0522 863744

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



**CALCIFIX D<sub>3</sub>**  
30 comprimés  
Remboursable AMO

6 118000 021407

4420

**CALCIFIX D<sub>3</sub>**  
30 comprimés  
Remboursable AMO

6 118000 021407

4420

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

7862160336

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

7862160336

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

7862160336

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

7862160336

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

7862160335

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

7862160335

# D-Stress<sup>®</sup>

Contient du magnésium, de la taurine,  
de l'arginine et des vitamines B.

**GÉREZ LE STRESS<sup>1</sup>**  
**RÉDUIRE**  
**LA FATIGUE<sup>2</sup>**

**Lot:**

DS09/21A  
09/2024

**DLC:**

**P.P.C : 109,00 DH**

# D-Stress<sup>®</sup>

Contient du magnésium, de la taurine,  
de l'arginine et des vitamines B.

**GÉREZ LE STRESS<sup>1</sup>**  
**RÉDUIRE**  
**LA FATIGUE<sup>2</sup>**

**Lot:**

DS09/21A  
09/2024

**DLC:**

**P.P.C : 109,00 DH**

# Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil

LOT: 210581

DLUO: 10/2024

69,00DH

Fabriqué par :

Deva

# Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil

LOT: 210581

DLUO: 10/2024

69,00DH

Fabriqué par :

Deva



# Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil

LOT: 210581

DLUO: 10/2024

69,00DH

Fabriqué par :

Deva

# Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil

LOT: 210581

DLUO: 10/2024

69,00DH

Fabriqué par :

Deva