

# 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 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

Le 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 "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° M21- 081782

118123

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04111 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AGOUMI ABDELHADI  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : résidence Madinet Jankel A Apt 118  
 Tél. : 0623751415 Total des frais engagés : 1116 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/05/2022  
 Nom et prénom du malade : AGOUMI Abdelhadi Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète + HTA essentielle  
 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 : / /  
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 11/05/2022      |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                | Date       | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE IBN TOFAÏ</b><br>6, Bd Hassan II - Casablanca<br>Téléphone: 022.86.34.68 | 11/05/2022 | 1116,00               |
|                                                                                       |            |                       |
|                                                                                       |            |                       |
|                                                                                       |            |                       |
|                                                                                       |            |                       |
|                                                                                       |            |                       |
|                                                                                       |            |                       |
|                                                                                       |            |                       |
|                                                                                       |            |                       |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 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 <input type="text"/> |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          | 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

**Dr Meryem AGOUMI LAHLOU**

**Spécialiste**

**CHIRURGIE GENERALE**

CHIRURGIE DIGESTIVE - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE ENDOCRINIENNE

**ECHOGRAPHIE GENERALE**

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

**COELIO-CHIRURGIE**

Diplômée de la faculté de Médecine de Bordeaux

**الدكتورة مريم اكومي لاهلو**

**اختصاصية**

**الجراحة العامة**

جراحة الجهاز الهضمي - جراحة النساء

جراحة الغدد

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بمونبليي

الجراحة بالمنظار

خريجة كلية الطب ببوردو

Casablanca, le 11-05-2022 في الدار البيضاء

M<sup>r</sup> AGOUMI Abdelhadi

LD-No 12 (AS) 1401

Glucoplavage 800 (AS)

COVERAM (AS)

1401

269,00

269,00

269,00

PHARMACIE HENRI TOFAÏL  
61, Bd Andal - Casablanca  
Téléphone : 022.86.34.68

Dr AGOUMI LAHLOU Meryem  
CHIRURGIEN  
4112 Rue 41 Hay Tarik Sidi Bernoussi - Cas  
Tél: 0522 73 48 43 - 0661 19 41 04  
Email: agoumi@worldnet.ma

رقم 12 زنقة 41 حي طارق - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 48 43 - مستعجلات الممول : 06 61 19 41 04

N° 12, Rue 41 Hay Tarik - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 73 48 43 - Urgence GSM : 06 61 19 41 04



PPV : 57,80DH

LOT N°:

UT. AV.:

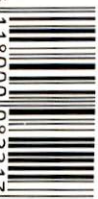
١  
الانوار  
أنور أساتين

قرصه ملین

30 x 

**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés



611180001082217



PPV : 57,80DH

LOT N°:

UT. AV.:

٦  
الذوق  
أثورة استاتين

قرصه

30 x 

**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés



**COOPER**  
PHARMA



6111800010822171

PPV : 57,80DH

LOT N°:

UT. AV.:

٦  
الذئور  
أثور استاتين

قرصه

30 x 

**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés



**COOPER**  
PHARMA



6111800010822171

عن طريق الفم

69 قرص مغلف

كلوريدات الميتفورمين

غلوكوفاج 850

**Glucophage®** 850 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

**Merck**

45,20

عن طريق الفم

69 قرص مغلف

كلوريدات الميتفورمين

850 غلوفاج

**Glucophage® 850 mg**

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés



**Merck**

45,20



عن طريق الفم

69 قرص مغلف

كلوريدات الميتفورمين

غلوكوفاج 850

**Glucophage®** 850 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

**Merck**

45,20