

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-789748

154721

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11134 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAOUD I MAJDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660159320 Total des frais engagés : 448,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL KHOMRI Amal
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
625 Bd Mohamed V, Belvédère, Casablanca
Tél : 05 20 51 40 65

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SAAOUD MAJDA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 18/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

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
18/03/23	CS		250,00	INP : 061304226

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	18-03-23	19890

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
		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 : 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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca



أخصائية في أمراض الغدد و السكري و التغذية
و أمراض الأيض
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Diabète • Goitre • Cholestérol • Obésité • Surrénales • Hypophyse
Fertilité • Trouble de croissance et de la puberté

داء السكري • الغدة الدرقية • الغدة النخامية • الغدة الكظرية
الكلستروال • السمسة و علم التغذية • اضطرابات تأخر النمو و البلوغ

Ordonnance

Casablanca le : 18 / 03 / 2023

Dr. EL KHOMRI Amal
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
625 Bd Mohamed V, Belvédère, Casablanca
Tel : 05 20 51 40 65

me SAAOUD MAJDA

1 - Levalthyrox 50 ug cp

1340 x 4
635 x 2

1/2 cp / 5 -

1er se mai

1 cp / 5 -

2eme se

1 cp + 1/2 cp

pend 2 mois

min avant le

petit dejeuner

Nycolem

creme

1 app

en inta

Extra

1 ap cp

à 10h

198.90

yrox® 50µg,
és sécables B/30
PPV: 13,40 DH

rox® 50µg,
sécables B/30
PPV: 13,40 DH

rox® 50µg,
sécables B/30
PPV: 13,40 DH

rox® 50µg,
és sécables B/30
PPV: 13,40 DH

rox® 50µg,
és sécables B/30
PPV: 6,80 DH

rox® 50µg,
sécables B/30
PPV: 6,80 DH

LOT: 08022084
PER: 11/2027
PPU: 36,70 DH

PPV = 95,00 DHS

Dr. EL KHOMRI Amal
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
625 Bd Mohamed V, Belvédère, Casablanca
Tel : 05 20 51 40 65

PHARMACIE AL MOSSINA
Rue Rahel Ben Zaim
Tel : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44
INPE: 092007814

625, Boulevard Mohamed V, 2ème étage, N° 21, en face la Commune,
Station Tram Al Yassir, Belvédère, Casablanca (Proche de la Gare Casa Voyageur)
05 20 51 40 65 / Urgences : 06 25 27 21 53 - Dr.elkhomri@gmail.com