

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

M23-004978

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

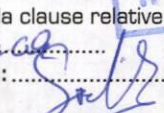
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3404 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : MEJBAR SAKINA
 Date de naissance : 1.1.1951
 Adresse : 38 Rue de Aphodis Casablanca
 Tél. : 0681 456468 Total des frais engagés : 2020,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 01/06/2023
 Nom et prénom du malade : mejbar sakina Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + Dyslipidémie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 01/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-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
01/06/23			200 000	

Professeur Hassan EL GHOMRI
Spécialiste en Endocrinologie
et Nutrition
RDONNANCES
Abdelmoumen
et Abdelmoumen
Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Praticien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/23	1720,20

TYPE: 92044841

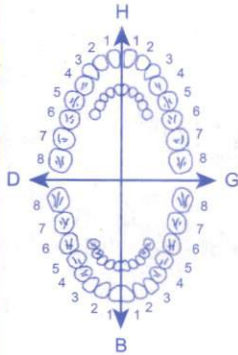
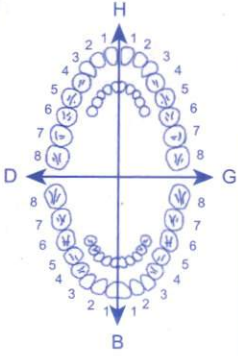
[illegible][illegible]

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

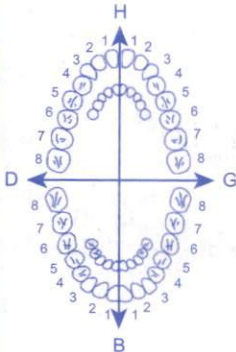
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

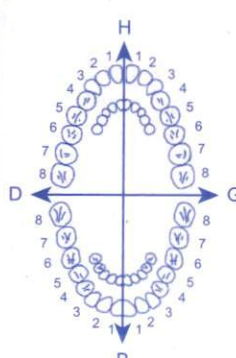
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	H <table><tr><td style="width: 50%; text-align: left;"> 25533412 00000000 </td><td style="width: 50%; text-align: right;"> 21433552 00000000 </td></tr><tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr><tr><td style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </td><td style="text-align: right;"> 00000000 11433553 </td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr></table>		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	25533412 00000000	21433552 00000000									
	D	G									
	00000000 35533411	00000000 11433553									
	B										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
			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 والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

**طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونترéal - كندا**

Casablanca, le : 06.02.23 : الدار البيضاء في



92,10

- Amarel 3mg

0 - 1/2 - 0 - 3

39000x3

- Galvus met 50/1000

1170,00

24000x3

- Levothyrox 100

732,00

1 cap 1/2 6 j

97,60x3

- Citalopram 20

292,80

0 - 0 - 1 - 0

1720,10

AMAREL 3MG
CP B30

LOT : 22E002V
PER: 08 2025

P.P.V : 92DH10



6 118000 060017

LOT : 22E002V
PER: 08 2025

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



6 118000 060017



الدار البيضاء في 06.02.23 : الدار البيضاء في
Abdelmoumen Center, Angle Bdc Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - C

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

PPV : 97DH60
PER : 02/25
LOT : M602-2

PPV : 97DH60
PER : 02/25
LOT : M602-2

PPV : 97DH60
PER : 02/25
LOT : M602-2