

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

N° W21-762538

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02584 Société : R-A-M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NACHIMI - Fatima

Date de naissance : 1953

Adresse : EXT ST des 400 haux 1505 Pleades 1mm n° 05 R01

Tél. : 0661171325 Total des frais engagés : 1438,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11

Nom et prénom du malade : Hoc Rimi Fatima 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Center Angle Boulevard Anoua
N° 318 - Cas - Tél : 05 22 26 10 10



W 21 - 76 2538

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
01/11/23		3000m		INPE : 091028506

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/23	59390

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
01/11/23	01/11/23	B 400	545DH

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 canalaires, 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																	
	<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] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profection			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

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



صيدلة
السكري
طبيب شاب بسكنى
مونتريال - كندا
48,00

Casablanca, le : 01.11.23 : دار البيضاء :

W21- 762538

Mr. HACHIMI Fatima

DIMAZOL 10MG

1/2 cp / j * 2 mois

puis 1/2 1 j/2 * 1 mois

IXOR 20 MG

1 cp / j , pendant 1 MOIS

INEXIUM 20MG

0 - 0 - 1, pendant 2 MOIS

MAGMINE 300

0 - 0 - 1 , pendant 1 MOIS

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
640150MP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
640150MP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
640150MP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
640150MP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
118001 020591

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14

IXOR 20 mg 28 comprimés effervescents
PPV 118DH50 EXP 06/2025
LOT 35026 4

MBA7 1225
LOT PER 300mg
Prix 99-00 B6

30 Comprimés à avaler

مرکز عبد المومن، زاوية شارع أنوار و شارع عبد المومن
et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني : 05 22 86 14 14

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 و الصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le : 01 Nov 2023 في الدار البيضاء

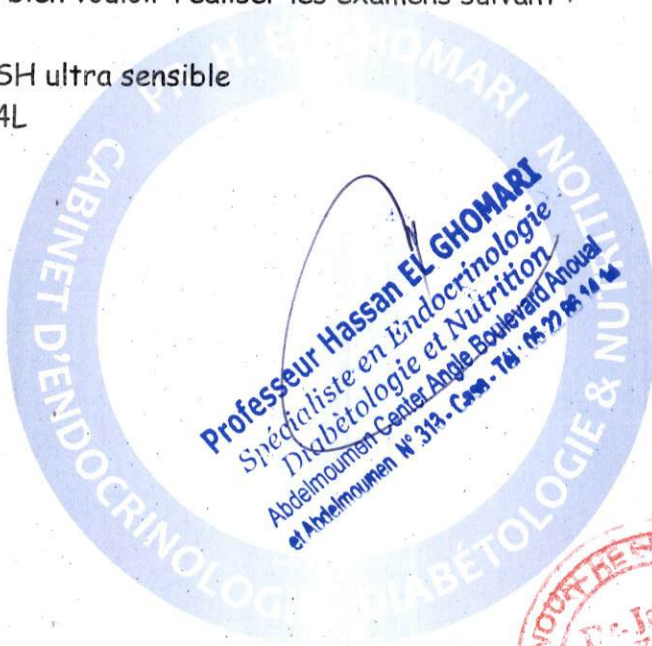
W21-762538

Mr. HACHIMI Fatima

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

TSH ultra sensible

T4L



مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

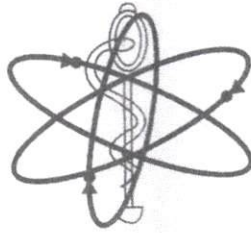
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Mme Fatima HACHIMI

Né(e) le : 06-06-1953

Dossier N° : 2311010042

Date de l'examen : 01-11-2023

Prélevé le : 01-11-2023 10:43 en interne

Edité le : 02-11-2023

DR : HASSAN EL GHOMARI

Adresse : CENTRE ABDELMOUMEN 3 EME ETAGE N 313

Page 1 / 1

w 21-762538



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BILAN THYROIDIEN

Echantillon primaire : Sérum

TSHus [AC]
(ECLIA - COBAS 6000® Roche)

0.01 $\mu\text{UI/ml}$

(0.27-4.20)

18-09-2023

0.01

T4 L [AC]
(ECLIA - COBAS 6000® Roche)

13.93 pg/ml
17.93 pmol/l

(9.94-15.84)
(12.79-20.39)

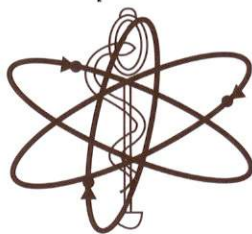
10-08-2023

9.66

Conformité
Fekkas

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

W 21-782538

FACTURE N° 2311010042

Mme Fatima HACHIMI

Demande N° 2311010042

Date de l'examen : 01-11-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	TSHus	B200	B
	T4Libre	B200	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 545 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quarante-cinq dirhams DH

