

MANDATATIONS 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.
- les **achats** des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La **déclaration** de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030466

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6913** Société : **R-A-M**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **ABOUAISSA Mohamed**
 Date de naissance : **26-3-51**
 Adresse : **70 Rue Kotaba n°11 Beausjour**
ASA - 20380
 Tél. : **0663 760 915** Total des frais engagés : **4320** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
Nutrition
Espace Rouhani 230 Bd. Rouhani 4ème Etage N° 19
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

Date de consultation : **01/03/2024**
 Nom et prénom du malade : **ABOUAISSA MOHAMMED** Age : **71**
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Affection Endocrinologique**
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☒ ALC Pathologie : **Diabète**
 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 : **01/03/2024**
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
01/03/94	CS		3000DH	Dr. Ghita MAMOU Spécialiste de l'Endocrinologie Diabétologie Métaboliques N° 19 Espace Roudani 230 Bd. Mohammed VI Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/3/24

4020,90

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

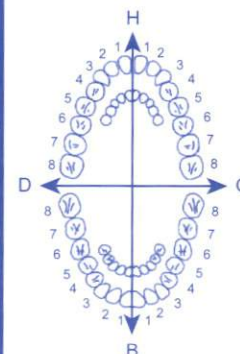
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

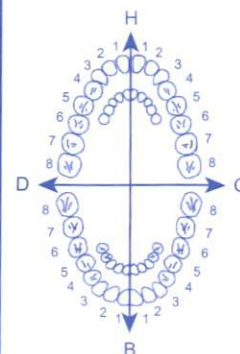
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد والتمثيل الغذائي

43,30
Apo

Casablanca, le : 1/3/24

Nom : Dr. ABOU AISHA Nourredine

1171,00 x 3 (3513,00)

- Trulicity 1,5 mg

43,30 x 3 (129,90)
1 injection / semaine

- ADO 1g / GLUCOPHAGE 1g
par 2/T

126,00 x 3 (378,00)

Polynorm 1mg

T = 4020,40

صيدلية نون
PHARMACIE NOON
Rue Zineb Ishak - Bd. Ibn Tachfine
Quartier La Villante - Casablanca
Tél : 05 22 23 70 71

126,00

126,00

126,00

TRULICITY 1,5 mg
Solution injectable (SC)
Stylo pré-rempli de 1,5 ml de solution.
Boîte de 4
AMM N° 93 DMP / 21 / NMP PPV : 1171,00 D
SOTHEMA
Solution injectable (SC)
Stylo pré-rempli de 1,5 ml de solution.
Boîte de 4
AMM N° 93 DMP / 21 / NMP PPV : 1171,00 D
SOTHEMA

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
et Nutrition
Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

05 22 23 70 71 - الهاتف : 05 22 23 70 71

Espace Roudani. 230 Bd Roudani

GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

فضاء الروداني. 230 شارع الروداني طريق الجديدة ساه

étage - N° 19 - Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

TRULICITY 1,5 mg SOTHEMA
Solution injectable (S.C.)
Stylo pré-rempli de 0,5 ml de solution
Boîte de 1
AMM N° 90 DMP/21/NNP PPV : 11,1,00 DH
6 118001 072491





PHARMACIE NOON
12 RUE ABDELKRIM LYAZGHI LA VILLETTE

R.C :417216

Patente:31403152

T.V.A :

Tél :0522 63 71 02

Le 01/03/2024

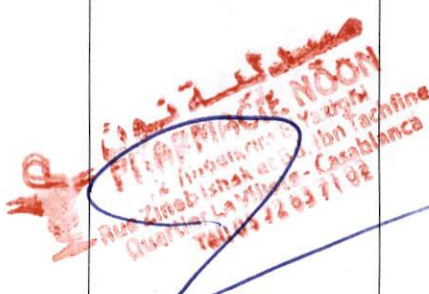
FACTURE N°87545

N° ICE : 002015817000029

ABOUAISSA MOHAMED

N° IF : 15228473

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	MONTANT TTC	Dont TVA	% Taux
3	TRULICITY 1,5 MG	1 171,00	3 513,00	229,82	7,00
3	ADO 1G BT90 CP	43,30	129,90		
3	POLYNORM 1MG 90 CPS	126,00	378,00	24,73	7,00
<div></div>					
TOTAL T.T.C :				4 020,90	

Nbr Articles

TVA 7% Base :

3 891,00

Montant :

254,55

TVA 20% Base :

Montant

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Mille Vingt DIRHAMS et 90 centimes.**