

# 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.

## Diagnostique 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 048595

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7423 Société : R.A.N. 46520

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMEUR KHADIJA

Date de naissance : 02/03/1964

Adresse : 40 Rue AL OKHAYANE Bd AL KHAYAT N° 7 20200

Beausejour. CASA.

Tél. : 06 71307909 Total des frais engagés 300 + 27,65 + 55 = 562,65 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMAF  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anous  
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 15

Date de consultation : 16/08/2020

Nom et prénom du malade : BENAMEUR KHADIJA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Copiaint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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

Signature de l'adhérent(e) : Khadija

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



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/08/2020      |                   |                       | 300,00                          | Professeur Hassan EL GHOMARI<br>Spécialiste en Endocrinologie<br>Diabétologie et Nutrition<br>Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar<br>Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE EL GHOMARI<br>Dr. Ahmed GHAFRY<br>Hay Raha, Rue Banafsale<br>51 Bis - Beauséjour - Casablanca<br>Tél: 05 22 86 14 14 / 05 22 39 34 34 | 26/8/2020 | 207,65                |
| PHARMACIE EL GHOMARI<br>Dr. Ahmed GHAFRY<br>Hay Raha, Rue Banafsale<br>51 Bis - Beauséjour - Casablanca<br>Tél: 05 22 86 14 14 / 05 22 39 34 34 | 21/9/2020 | 55,00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue   | Date      | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-----------|------------------------------|------------------------|
| PHARMACIE EL GHOMARI<br>Dr. Ahmed GHAFRY<br>Hay Raha, Rue Banafsale<br>51 Bis - Beauséjour - Casablanca<br>Tél: 05 22 86 14 14 / 05 22 39 34 34 | 26/8/2020 |                              | 207,65                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

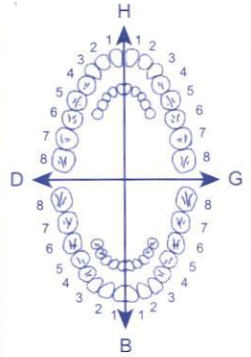
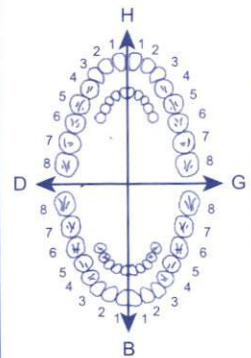
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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

| 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   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |                     | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | D |  |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | Coefficient des Travaux |
| H   |  | G                |             |                         |                     |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
| 25533412  | 21433552   |                  |             |                         |                     |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |                         |                     |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
| D   |  |                  |             |                         |                     |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |                         |                     |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
| 35533411  | 11433553   |                  |             |                         |                     |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
| B   |  |                  |             |                         |                     |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|  |  |                  |             | 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

**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 والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le : 26.08.2022 : الدار البيضاء، في

**Mme BENAMEUR Khadija**

D CURE FORTE 100 000

1 amp / 2 MOIS

OSTEOCARE

1 cp / jour pendant 2 Mois

ADDITIVA VITAL

1cp eff le matin pendant 1 Mois

**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

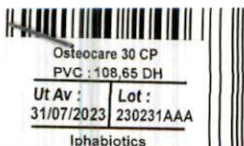
**PHARMACIE NIBA**  
**Dr. Ahmed GHAFRY**  
Hay Raha, Rue Banafsaj  
51 Bis - Beauséjour - Casablanca  
Tél: 05 22 94 89 34 / 05 22 39 34 31  
05 22 94 92 36

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

Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



Osteocare 30 CP

PVC : 108,65 DH

Ut Av : Lot :  
31/07/2023 230231AAA

Iphabiotics

5 021265 244683 >

Ingrédients: Carbonate de calcium, Hydroxyde de magnésium, Liants: amidon de pommes & Polyvinylpyrrolidone, Diluants: Cellulose microcristalline et Phosphate de calcium dibasique, Pelliculage (Hydroxypropylméthylcellulose, propylène glycol, dioxyde de titane et talc), Disintégrant: Glycolate d'amidon sodique, Lubrifiants: Talc purifié, Stéarate de magnésium, Sulfate de zinc, Vitamine D3 (cholecalciférol), Les transporteurs, triglycérides à chaîne moyenne, Silice colloïdale anhydre, Talc purifié, Maltodextrine, BHA, Ethylcellulose))

MAINTENIR DANS UN ENDROIT FRAIS ET SEC.  
À L'ABRI DE LA VUE OU DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Multivitamines · Minéraux  
Oligo-Éléments

+ **Extrait de Ginseng**

41,0 g Dr. **Scheffler**®

30 Comprimés  
dragéifiés



4 026466 060217

99,00 Dh

# Amoxil 1g

amoxicilline

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال


هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



PPV: 55,00 DH  
LOT: 623063  
PER: 03/21

AMOXIL 1g   
12 comprimés dispersibles





**\*\* PHARMACIE HIBA \*\***

**DR AHMED GHAFRY**

**HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ**

Tél : 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°5111603

ICE : 001616420000064

Le : 21/09/2020

Mm BENAMOUR KHADIJA

**FACTURE : 2602 du : 21/09/2020**

| Qté | Désignation            | Prix PPV | Montant | TVA   |
|-----|------------------------|----------|---------|-------|
| 1   | AMOXIL 1G X 12 CPS DIS | 55,00    | 55,00   | 7,00% |

**Total TTC 55.00**

**Droits de timbre 0.00**

**Net à payer 55.00**

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CINQUANTE CINQ DIRHAMS**

|       | Taux | HT           | TVA         | TTC          |
|-------|------|--------------|-------------|--------------|
| 7.00% | 7,00 | 51,40        | 3,60        | 55,00        |
|       |      | <b>51,40</b> | <b>3,60</b> | <b>55,00</b> |

**PHARMACIE HIBA**  
Hay Raha Rue Banafsaje  
N°51 Bis Beauséjour - Casa  
Tél.: 022.94.99.34

76 74 23