

## 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, parodontologie 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

- Réclamation : 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° W19-520684

NID: 46 932

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1421 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : KETTANI Mohammed TAJEDDINE  
 Date de naissance : 25.11.1957  
 Adresse : 28-81 Sidi Aoudj n°3 KM8.1 Route Mekka  
 Tél : 0666 876673 Total des frais engagés : 780,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14/9/2020  
 Nom et prénom du malade : KETTANI RAJAE MOHAMMAD  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dyslipémie + Asthme  
 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 : 10 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

INP 091028506

Professeur Hassan EL GHOMARI

Spécialiste en Endodontologie

Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar

et Abdelmoumen N° 3 Montant de la Facture

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar

et Abdelmoumen N° 3 Montant de la Facture

14/09/2014 480,30

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

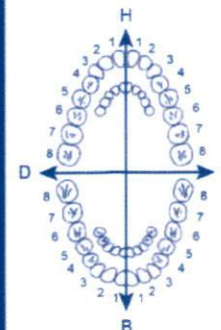
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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 00000000 G  
35533411 11433553  
B

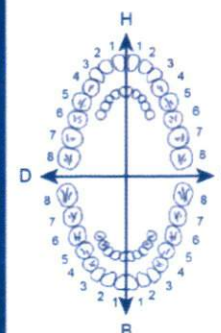
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



**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 : 14.09.2022 : الدار البيضاء، 14.09.2022

**Mme KETTANI Rajae Nee Jouahri**

RELAXOL 500MG/2MG

2 - 0 - 2 pendant 12 jours

MOBIC 15 MG

0 - 0 - 1 pendant 21 jours

VISENTIEL

1 cp / jour pendant 1 Mois

RELAXIUM 375

1 gel / le soir pendant 3 Mois

LEVOTHYROX 50

1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

LEVOTHYROX 25

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 3 mois

CALCIFIX

1 cp à sucer \* 3 / j pendant 3 Mois

ANSIOVIT

1 - 0 - 1 pendant 1 Mois

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

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10

LOT : 19E004  
PER : 09/2022



RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10

LOT : 20E011  
PER : 12/2022



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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032





PPV: 61DH50  
PRR: 05/23  
LOT: J1427



**Mobic®**

Meloxicam

**15 mg**

Utiliser uniquement sur ordonnance



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg.**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160316



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg.**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
7862160315

**Ansiovit®**  
A base d'actifs naturels



8 032578 476019

A consommer de  
préférence avant le: 02/2023

PPC: 99,00 DH

Lot: 200042  
À consommer de  
préférence avant le: 02/2023  
PPC: 99,00 DH

**Ansiovit®**  
A base d'actifs naturels



8 032578 476019