

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions, orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les soins de série.

En cas d'accident, 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.

Pathologie 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.

Educations :

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 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° P19-0026999

ND: 47753

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3162 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHATIB MAJIDA

Date de naissance : 18-08-53

Adresse : Angle Bd ALEXANDRIE ET Bd

Tél. : 0659609181 Total des frais engagés : 19 NOV. 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. 05 22 65 14 14

Date de consultation : 11/09/2020

Nom et prénom du malade : KHATIB MAJIDA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE TYPE 2 + Arthérose

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
11/09/2020	CS		300 AM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Papillons Tel 022 25 6 11 09 38 Rue Jules Gues - 05	11/09/2020	T = 710,80 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

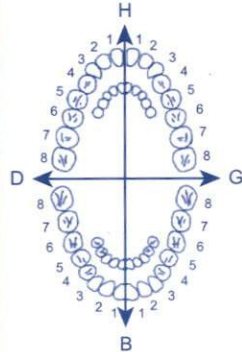
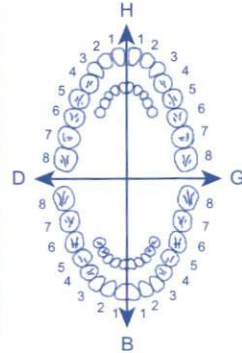
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

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 <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
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

GHOMARI

P.C

étologie

Int Luc



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

11-05-2022

الدار البيضاء، في:

Mme KHATIB Majida

20180
SEROPTAGE 300 MG

1 - 1 - 1 pendant 3 Mois

20180
SERIANE STRESS

1 - 0 - 1 pendant 1 Mois

20180
RELAXIUM 375

1 - 0 - 1 pendant 3 Mois

20180
AMAREL 2 MG

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

20180
ADDITIVA VITAL

1 - 0 - 0 pendant 1 Mois

20180
Machar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
SERIANE STRESS GELULE
B30
PPC: 145,00 DH

20180
Machar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
SERIANE STRESS GELULE
B30
PPC: 145,00 DH

20180
T = 710,80

20180
Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard
Abdelmoumen N° 313

20180
AMAREL 2MG
CP B30
LOT: 20E004
P.P.V.: 60DH40
PER: 05 2023



عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen

E-mail: hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني: Tél.: 05 22 25 60 80

N° INP: 091028506 - ICE: 00166375006



Laboratoires Deva Pharma
J.OUAJDI Pharmaciens

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)
(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR : **Professeur Hassan EL GHOMARI**
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. 05 22 66 14 14

CERTIFIE QUE MLE, MME, MR :

PRESENTE :

Diabète type 2 - Artériosclérose

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

3 mois

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél. 05 22 66 14 14

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS

