

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 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

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° W19-432242

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0611 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KAIS Abderrahman
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : N° 461 Lotissement Wafa, DEROUA
 Tél. : 0661153218 Total des frais engagés : 567,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10 JUIN 2019
 Nom et prénom du malade : KAIS LATIFA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabète type 2
 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.

Le : 04/09/2019

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
10 JUL 2019		cs	250,00	INP : 0610111375 Dr. Abderrahim BOKHAM Endocrinologue - Diabétologue Rég. Ibn Khaldoun Bordj - Algérie - Tél : 0322 32 87 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACHE EL KHALIL 244 LOT 1 - 4 FAZ PEROUA B.T. - ALGER Dr. Othman EL KHALIL Tél : 03 28 33 30 24	10/7/19	4291,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE Dr. H. NOUGA MEDECIN BIOLOGISTE PEROUA	12.07.19	B. 700	620,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

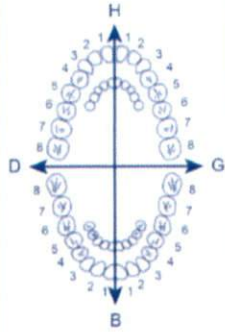
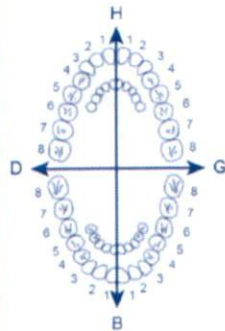
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 : <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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

125,00

125,00

الدكتور عبد الرحيم

اختصاص في أمراض

التغذية

125,00

لسمنة - الكوب

هرمونية - العقم



Cholesterol - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Berrechid, le : برشيد, في

10 JUL 2019



* 0610

9

cais

latife

6x 125,00

1) Co. ammal 2,00



(6)

125,00

6x 125,00

2)

Jaune et 50/100



(6)

3x 125,00

3)

50/100 100/200



(3)

6x 125,00

4) Sancheltp reactive



125,00

4x 125,00

5x

Dr. Abderr
Endocrin
Au. Allal Ibn A
Porte 4 - Ber

125,00

ب. رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

0666 352 104 : حمول



2x 6.30 - 1 - am
1 am 17/09/19 x 2us

pb 1 am 1 us x 2us

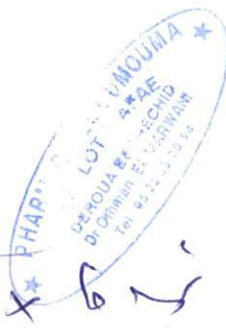
2x 6.30

CERTIFICATE

1 - 0

12 91, us

Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue - Diabétologue
Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun
Porte 4 - Berrechid - Tél : 0622 32 87 87



70027234/010414-1



6 118001 160495

JANUMET* 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET* 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET* 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET* 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET* 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET* 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

ne sodique

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

PPV :

LOT :

EXP :

56,30 DH
18110/B
09/2020

6

PPV :

LOT :

EXP :

56,30 DH
19A07/B
01/2021

6

REF 84627446

ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی

CE
0088

30°C
0°C

! (Warning symbol)

IVD



5 016003 763502

CONTROL N 108-140 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP7HQHC31A
2010-08

CONTROL N 108-140 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP7HQHC31A
2019-08

CONTROL N 108-140 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP7HQHC31A
2019-08

CONTROL N 107-139 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 326-424 mg/dL

LOT DP7KQHC31J
2019-10

ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

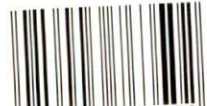
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی

CE
0088

30°C
0°C

! (Warning symbol)

IVD



5 016003 763502

CONTROL N 108-140 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP7HQHC31A
2019-08

CONTROL N 107-139 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 314-408 mg/dL

LOT DP6JLHC31C
2018-09

Dr Abderrahim Bokhamy

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie

الدكتور عبد الرحيم بخامي

إختصاصي في أمراض السكري
الغدد و التغذية

السكر - التغذية - السمرة - الكوليسترول
الإضطرابات الهرمونية - العقم

Berrechid, le : برشيد, في



* 061011375 *

10/07/2019
estjz

13 Aug

2014 in D3



Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue - Obésologue
Av. Alkalon Abdallah, Rés. El Khaloudin
Porte 4 - Berrechid - Tél: 0522 32 87 87

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 0522 328 787 - المحمول : 0666 352 104

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DEROUA

Lotissement ELWAHDA 2 – N°252 - (Près du Centre de Santé) - DEROUA

Tél : 05 22 51 49 09 - Fax : 05 22 51 45 35 - E-mail : laboratoire.deroua@gmail.com

Patente n° 55807051 - RC n° 19424 - CNSS n°4296100 - Identifiant fiscal n° 15218409

ICE : 001850656000092 – RIB : 190794212114231562003984

**FACTURE N° : 000024621**

ICE : 001850656000092

INPE : 063061733

Deroua le 12-07-2019

Mme Latifa MAHER

Demande N° 1907120008

Date de l'examen : 12-07-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0164	TSH us	B250	B
0439	Vitamine D	B450	B

Total des B : 700

TOTAL DOSSIER : 620DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent vingt dirhams

