

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 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 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-432242



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
0611

Matricule :

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KAIS Abderrahman

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

N° H 61 Lotissement WAFA, DEROUA

Tél. :

0661153218

Total des frais engagés

561,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10 JUIN 2019

Nom et prénom du malade :

KAIS LATIFA

Age :

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.

KAIS LATIFA

11/11

Le : 04/09/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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 JUIL 2019	CS	250,00	Dh	INP : 061044375 Mr. Abderrahim BOKHAMY Spécialiste DiabétoLOGUE Rés. Ibn Khaldoun 02 32 87 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/7/19	6291,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The grid is centered at the origin (0,0). The x-axis is labeled 'D' at the left end and 'G' at the right end. The y-axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid contains 100 circles, each with a number from 1 to 10. The numbers are arranged in a pattern that follows the grid lines: (1,1), (2,1), (3,1), (4,1), (5,1), (6,1), (7,1), (8,1), (9,1), (10,1), (1,2), (2,2), (3,2), (4,2), (5,2), (6,2), (7,2), (8,2), (9,2), (10,2), (1,3), (2,3), (3,3), (4,3), (5,3), (6,3), (7,3), (8,3), (9,3), (10,3), (1,4), (2,4), (3,4), (4,4), (5,4), (6,4), (7,4), (8,4), (9,4), (10,4), (1,5), (2,5), (3,5), (4,5), (5,5), (6,5), (7,5), (8,5), (9,5), (10,5), (1,6), (2,6), (3,6), (4,6), (5,6), (6,6), (7,6), (8,6), (9,6), (10,6), (1,7), (2,7), (3,7), (4,7), (5,7), (6,7), (7,7), (8,7), (9,7), (10,7), (1,8), (2,8), (3,8), (4,8), (5,8), (6,8), (7,8), (8,8), (9,8), (10,8), (1,9), (2,9), (3,9), (4,9), (5,9), (6,9), (7,9), (8,9), (9,9), (10,9), (1,10), (2,10), (3,10), (4,10), (5,10), (6,10), (7,10), (8,10), (9,10), (10,10).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; vertical-align: top;"> D <hr/> 00000000 <hr/> 35533411 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; vertical-align: top;"> B <hr/> 00000000 <hr/> 11433553 </td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D <hr/> 00000000 <hr/> 35533411		B <hr/> 00000000 <hr/> 11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000							
D <hr/> 00000000 <hr/> 35533411								
B <hr/> 00000000 <hr/> 11433553								

الدكتور عبد الرحيم

اختصاص في أمراض النساء
الغذية

لسمنة - الكولي
هرمونية - العقم

125,00



125,00

0
21

rion

Cholestérol - Glucoses - Stérilité
Ménopause - Andrologie



125,00

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21

0

21</

2x 56.30

J-ans
2 ans ~~SI~~

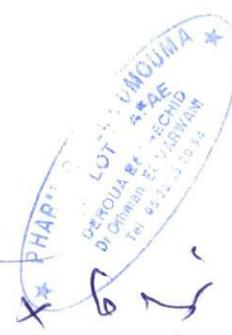


X 2rs

2x 6.30

Céropax ~~SI~~

Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue - Diabétologue
Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun
Porte 4 - Berrachid - tel: 0522 32 87 87



12 91,00

Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue - Diabétologue
Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun
Porte 4 - Berrachid - tel: 0522 32 87 87



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

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

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

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

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

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

70027234/010414-1



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

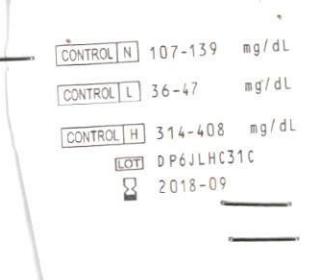
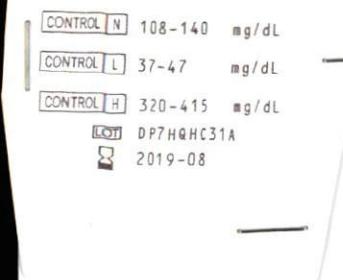
PPV : 56,30 DH
LOT : 18I10/B
EXP : 09/2020

6

PPV : 56,30 DH
LOT : 01/2021
EXP :

1

2



Dr Abderrahim Bokhamy

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

الدكتور عبد الرحيم بخامي

إخلاصي في أمراض السكري

الغدد والتغذية

السكر - التغذية - السمنة - الكوليستيرون

الإضطرابات الهرمونية - العقم



* 061011375 *

Berrechid, le : برشيد، في

20 JUIL 2014

لـ [unclear]
[unclear]

TB Hug

لـ D 1n Hn



Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue - Diabetologue
Av. Allal Ibn Abdallah, Résidence Khaldoun
Porte 4 - Berrechid - Tél : 0522 32 87 87

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد
هاتف العيادة : 0666 352 787 - المحمول : 0522 328 104

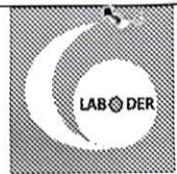
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DEROUA

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

