

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.

Biologie 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.

Éducation :

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0044902

☐ Maladie
☐ Dentaire
☐ Optique
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : ALHROU KADOUR

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : 0611 38 24 40 Total des frais engagés _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 23 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : LAABIDELI RAHMA 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.

Fait à : _____ Le : _____

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
23 SEPT 2019		cs	2500	Dh

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA sarl au Bloc UN° 1 Deroua Tél: 05 22 53 20 83	23/09/19	685,80
		5 MRE, 062-49176

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

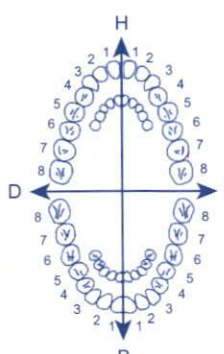
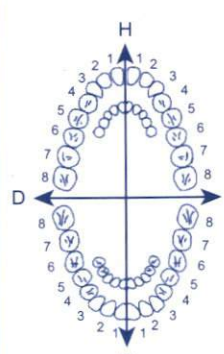
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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

Dr. Abderrahim Bokhamy

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES**

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

الدكتور عبد الرحيم بخامي

**اختصاصي في أمراض السكري
الغدد و التغذية**

**السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترول
الإضطرابات الهرمونية - العقم**

Berrechid, le 23 SEPT 2019 برشيد في

Laabideli
Kekung



* 061011375*

60,00 + 6,47 Glandes 3
1. = 1

27. Glandes 50

15 ans d.

36.200 + 9,37 SINS in + 0
0 - 1 - 1

685,80

Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue - Diabétologue
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sali au
Bloc U 481 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83
Rég. Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun
Tél: 05 22 32 87 87

Kekung

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

هاتف العيادة : 05 22 328 787 - المحمول : 0666 352 104

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U N° 1 Deroua
Tél:05 22 53 20 83

GLEMA® 3 mg ○
Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

GLEMA® 3 mg ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

GLEMA® 3 mg ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

GLEMA® 3 mg ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

PPV 600H00

PER 04/21

LOT 1922

PPV 600H00

PER 04/21

LOT 1922

PPV 600H00

PER 04/21

LOT 1922

PPV 600H00

PER 04/21

LOT 1478

GLEMA® 3 mg ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

GLEMA® 3 mg ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

PPV 600H00

PER 04/21

LOT 1922

STAGID® 700 mg ○

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021285

STAGID® 700 mg ○

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021285

STAGID® 700 mg ○

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021285

STAGID® 700 mg ○

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021285

LOT 191718

EXP 07 2022

PPV 36,20

LOT 182714

EXP 12 2021

PPV 36,20

LOT 190475

EXP 05 2022

PPV 36,20

LOT 190475

EXP 05 2022

PPV 36,20

STAGID® 700 mg ○

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021285

LOT 182718

EXP 12 2021

PPV 36,20

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au

Bloc U N° 1 Deroua
Tél:05 22 53 20 83