

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.

Diagnostique 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

MUPRAS
RECEPTION 9

Déclaration de Maladie : N° P19-0007562

☒ 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 : 01/01/49

Adresse : N° H61, Lotiss + WAF

DEROUA

Tél. : 0661 15 32 18

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JAN 2020

Nom et prénom du malade : KAIS LATIFA MAHER

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

diabète type 2 + goitre

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 : 31 / 01 / 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
9 JAN 2020		250		Dr. Abdelhakim Boukhalil Endocrinologue - Diabétologue Av. Abdelhakim Boukhalil, Rés. Ibn Khaldoun Porte 4 - Berrechid - Tél : 0522 32 87 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/1/20	3019,00

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

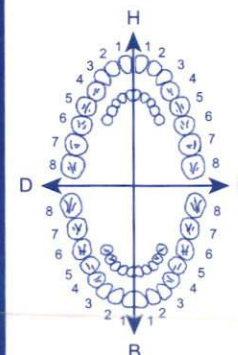
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

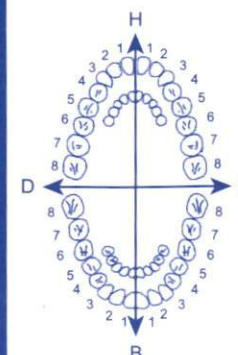
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Abderrahim Bokhamy

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES**

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

الدكتور عبد الرحيم بخاسي

**اختصاصي في أمراض السكري
الغدد و التغذية**

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

برشيد في Berrechid, le... **29 JAN 2020**



* 061011375*

KAIS LATIFA

6 x 125.00

co - amarel 21500 mg

1 - 0 - 1

jammuet 501 10000 mg

0 - 1 - 1

leno thyrosc 100

3 x 20.00

leno thyrosc 25

3 x 6.80

1 - 0 - 0

En Ronex 500

59.00

1 sach x 31

Kalma GAS

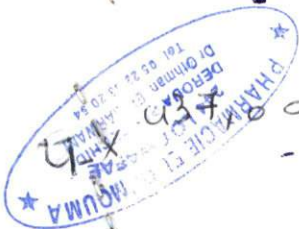
1 sach x 21

Pratol 20 mg 1 sach (ub)

3 x 96.00

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

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



Dr. Abderrahim Bokhamy
Endocrinologue - Diabétologue
Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun
Forte 4 - Berrechid
Tel : 0522 32 87 87

3019,00

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

7862160335

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

7862160335

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

60335

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

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

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

LOT 055592/FC13
10/2022 PPC 59,50

Lot: 190363
/ consommer de
préférence avant le: 06/2024
PPC: 79,90 DH

PPV: 96DH00
PER: 11/21
LOT: 11956-2

PPV: 96DH00
PER: 03/22
LOT: 11719-2

PPV: 96DH00
PER: 03/22
LOT: 12107-2

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00