

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**

N° M21- 073906

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0783

Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JAADAR Mohammed

Date de naissance : 03-02-1946

Adresse : Hay Tamarat Rue N° 13

At check CASA

Tél : 06 6180 10 28

Total des frais engagés : 3252,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABDELHAKIM EL KHALIL  
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES  
INP 061011375  
BERRECHID

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL-NASSRY Amel

Age : 70 ans

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 : CAS A

Le : 25/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
25-01-2023		2	250 100	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/2023	3002,40

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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>D</td> <td>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	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



**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 25-01-2023 برشيد في

Amihra - EN - NATSRY



\* 061011375\*

6040 x 3 = 181.20  
1) Amarel 2

20,80 x 6 = 124.80  
2) Glucoprif 5

6.80 x 3 = 20.40  
3) Glucoprif 4

118,50 x 6 = 711.00  
4) Ixod 2

393,40 x 5 = 1967.00  
5) Glucoprif 100

let de 3002

3002.40



Dr. Abdrahim Bokhamy  
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES  
INP 061011375  
BERRECHID

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد  
0666 352 104 - المحمول : 05 22 328 787 - العيادة :



adiphtine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V: 60DH40  
LOT: 22E002  
PER: 04/2025

6 118000 060031

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V: 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V: 60DH40

6 118000 060031

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 02/2024  
LOT 24

IXOR® 20 mg  
28 comprimés effervescents  
6 118000 032809

IXOR® 20 mg  
28 comprimés effervescents

6 118000 032809

adiphtine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 09/2024  
LOT 26037 5

IXOR® 20 mg  
28 comprimés effervescents  
6 118000 032809

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 09/2024  
LOT 26037 5

adiphtine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

adiphtine monohydraté

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

6 118001 160457

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

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

LOT 221447  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

Glucophage® 500mg  
50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

Glucophage® 500mg  
50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

LOT 221447  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

Glucophage® 500mg  
50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

LOT 221447  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

Glucophage® 500mg  
50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

LOT 221447  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

Glucophage® 500mg  
50 Comprimés pelliculés

6 118000 080626

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 05/2023  
LOT 16048 2

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 10/2023  
LOT 18022 5

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 05/2024  
LOT 25004 1