

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-668757

147384

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 611 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KAIS Abderrahman

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : N° 661 Lotissement Wafa, Deroua

Tél. : 0661153218 Total des frais engagés : 1553,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 Nov /

Nom et prénom du malade : KAIS Abderrahmane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète de type 2 + goutte

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
24 Nov 2022		5	2500	INP : 06192113 Dr. Ibrahim BOUKHARI Médecin - Diabète et Hypertension 0522 32 87 87

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<p>PHARMACIE EL OUMMA</p> <p>244 lotissement el wate</p> <p>Dorine</p> <p>Fix : 08 22 58 20 50</p>	24/11/22	1303,20

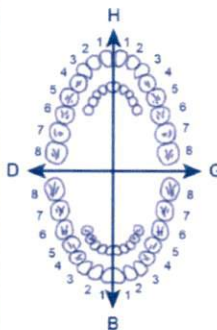
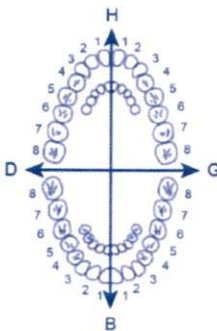
[illegible][illegible]

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'O.D.F.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 / 00000000 D ————— 00000000 / 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 / 00000000 G ————— 00000000 / 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

44 101135
Derou
Fix : 05.22.53.20.54

Facture N° 78

M: Kein Abderhose

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
6	conten plus 125	7500	45000
		un	50

REF 84627446

**Contour™
plus**

کونتور پلاس / کنتور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور 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



2797



0°C



IVD



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC31B



2023-11

REF 84627446

**Contour™
plus**

کونتور پلاس / کنتور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور 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



2797



0°C



IVD



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC31B



2023-11

REF 84627446

**ContourTM
plus**

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

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلاس / کونٹور 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



2797



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC31B



2023-11

REF 84627446

**ContourTM
plus**

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

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلاس / کونٹور 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



2797



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC31B



2023-11

REF 84627446

**ContourTM
plus**

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

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



ContourTM plus

کونٹور پلاس / کونٹور 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



2797



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC31B



2023-11

REF 84627446

**Contour™
plus**

کونٹور پلاس / کونٹور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour™ plus

کونٹور پلاس / کونٹور 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



2797



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC31B



2023-11

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

الدرق . عبد الرحيم بخاسي

اختصاصي السكرية والغدد والتغذية

السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترول
الإضطرابات الهرمونية - العقم

Berrechid, le 24 Nove 2022 برشيد في



* 061011375*

kañ

Abdullahi wani

2, 390, 01

GALVUS T



PHARMACIE EL OUMOUNA
244 lotissement el wafaa
Derboua
Fix : 05 22 53 20 54

bede
307

3. 2. 40

livro de 1000



3) Aspirin

7/5/87

9

froncello Law

PHARMACIE EL OUBRA
244 Issenheim, Levallois-Perret
05.72.53.40

6 x 75.00

Dr. Abderrahim Bokhamy
SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MÉTABOLISME
Tél: 06 01 11 375
BERRIEDJ

Confusion plus

17th May

1303.20

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

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



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

7862160342

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

7862160342

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
PPV: 390 DH