

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Indépendance
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 073907

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 783

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : JADAR Mohammed

Date de naissance : 03-02-1948

Adresse : Hay Inara I Rue 1600 13

Appt 100 Casablanca

Tél : 06 98 06 088

Total des frais engagés : 26880 DA

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abderrahmane Bekhamy
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES
- INP 061011375 -
BERRECHID

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EN-MSOY Ambe

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 : Casa

Le : 11 / 05 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
10/09/2023			2501.80	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



10/09/2023

2418.80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

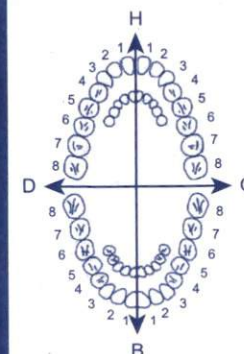
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

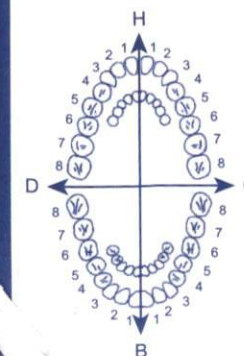
Fin d'exécution

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'exécution

Cachet et signature du Praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

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 - السمرة - الكوليسترول
الإضطرابات الهرمونية - العقم

Berrechid, le 10.05.2022 في برشيد

FN- NASELY

Aurore
 $60,40 \times 4 = 241,60$
1/ Annuel 2

$20,80 \times 5 = 104,00$
2/ Glycémie

$303,00 \times 4 = 1212,00$
3/ glycémie

$118,50 \times 4 = 474,00$
4/ Total

$6,80 \times 4 = 27,20$
5/ Glycémie

$2418,80$
6/ Total

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40



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

PPU 118DH50

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

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50



* 061011375*

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

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

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

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

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

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