

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

- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1206	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		TAKEI Abderrahmane	
Date de naissance :		1942	
Adresse :		N° 15. Bloc "E" DEROLIA	
Tél. :		0667228742	Total des frais engagés : 3621,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20	Juin	2023
Nom et prénom du malade :	TAKEI MAMA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète type 2 + HTA		
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 : NICE
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 04/07/2023

RELEVE 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
20 Juin 2023		\$	250,00	Dr. Abderahim Endocrinologue Salle 111 - Al Aseelah Ras. Ibn Seneffid - Tel. 052 32 00 97

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/06/2023	3371,30

INPE
162060736 ANA
Signature du

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	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET 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 بخاشي

الغدد والتغذية

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

برشید فی Berrechid, le 20 Juin 2023

20 Juin 2023

* 061011

Mall G

$$\begin{array}{r} \cancel{89,00} \times 1 \\ \hline 356,00 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \cancel{107,60} + 4 \\ \hline \underline{430,40} \end{array}$$

679, 0
(x 4)

~~19 16,00
64,00 x 4
256,00~~

~~(6874 * 4)~~
262.80

1880



Diamond Tongue (N.S.V.)

2) Staffel 100 (S.V.)

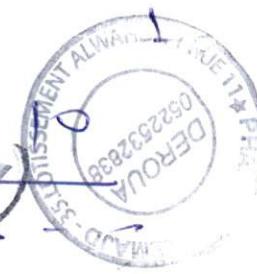
3) Jardim

4) A line \rightarrow 

15/11/2015 TALWAH
S) tip 2d

151
152

S-1 (S.V) -



Dr. Abderra
SPECIALISTEN
ET MALADIES
INNEN-
ZERRECH

— 10 —

EXP 02/2026
LOT 2W026

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

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

LOT : 411
PER : 12/24
PPV : 64,00 DH

LOT : 411
PER : 12/24
PPV : 64,00 DH

LOT : 411
PER : 12/24
PPV : 64,00 DH

LOT : 411
PER : 12/24
PPV : 64,00 DH

31.60 levofloxacin 500 mg

3371.30 100 mg

31/



Dr. Abderrahim Bokhary
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES MÉTABOLIQUES
INP 10-1011375
BERRECHID

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. 113839-02
PPV : 479 DH 00

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés
BOTTU S.A. 113839-02
PPV : 479 DH 00

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. 113839-02
PPV : 479 DH 00

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. 113839-02
PPV : 479 DH 00

LOT 223453
EXP 10 2025
PPV 107.60

LOT 222250
EXP 06 2025
PPV 107.60

LOT 222250
EXP 06 2025
PPV 107.60

LOT 222250
EXP 06 2025
PPV 107.60

89,00

89,00

89,00

89,00