

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0033712

179460

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A206 Société : Royal Air Maroc  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : TAKI ABDERRAHMANE  
 Date de naissance : 1942  
 Adresse : N° 15 Bloc 'E' DERAWA  
 Tél. : 069778242 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 Oct 2023  
 Nom et prénom du malade : DERDARI MAMA Age : \_\_\_\_\_  
 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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 de Médecin attestant le paiement des Actes
11 Octo 2023		1	25000	 Dr. Abderrahim BOUKHAMPY Endocrinologue - Diabétologue Mr. Abd Ilyas Pés. Ibn Khaldoun Porte 4 - BORDJ - Tél : 0322 32 81 91

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2023	3473,20
	<b>INPE</b> <b>062060736</b>	

**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	

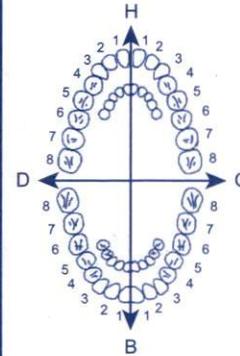
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

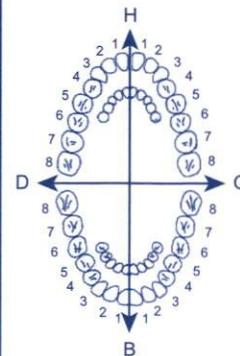
**Important :**

Veillez 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" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
B																		
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

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 - السمنة - الكوليسترول  
الإضطرابات الهرمونية - العمق



\* 061011375\*

Berrechid, le ..... برشيد في

11 Octo 2023



Dr. Bokhamy  
MAMA

1) Drain 30/15

2) Step 21 10/15

3) Jardiance 10/15

4) Anche 10/15

5) Aspir 10/15

6) Aspir 25/15

3473,20



Dr. Abderrahim BOKHAMY  
4 Endocrinologue - Diabétologue  
Av. Abd. Ibn Abdelhak, Rés. Ibn Khattoun  
Porte 4 Berrechid - Tél : 0522 32 87 87

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



6 118001 041077

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

PPV: 479 DH 00



6 118001 041077

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

PPV: 479 DH 00



6 118001 041077

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

PPV: 479 DH 00



6 118001 041077

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

PPV: 479 DH 00

89,00

**DIAMICRON** 30 mg ○

Gliclazide

**60** comprimés à libération modifiée



89,00

**DIAMICRON** 30 mg ○

Gliclazide

**60** comprimés à libération modifiée



89,00

**DIAMICRON** 30 mg ○

Gliclazide

**60** comprimés à libération modifiée



89,00

**DIAMICRON** 30 mg ○

Gliclazide

**60** comprimés à libération modifiée



LOT  
EXP  
PPV

2313  
04 20  
107.

Stagid® 700 mg

100 comprimés sécables



6 118000 021292

LOT  
EXP  
PPV

2308  
02 20  
107.6

Stagid® 700 mg

100 comprimés sécables



6 118000 021292

LOT  
EXP  
PPV

23131  
04 20  
107.6

Stagid® 700 mg

100 comprimés sécables



6 118000 021292

LOT  
EXP  
PPV

23131  
04 20  
107.6

Stagid® 700 mg

100 comprimés sécables



6 118000 021292

**Librax**<sup>®</sup> 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



LOT 23062 PER 04/2026  
PPV 21.00 DH

**Librax**<sup>®</sup> 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



LOT 23062 PER 04/2026  
PPV 21.00 DH

65,70

**BIPROL® 10mg** ○

30 Comprimés pelliculés  
séçables



6 118001 200825

65,70

**BIPROL® 10mg** ○

30 Comprimés pelliculés  
séçables



6 118001 200825

65,70

**BIPROL® 10mg** ○

30 Comprimés pelliculés  
séçables



6 118001 200825

65,70

**BIPROL® 10mg** ○

30 Comprimés pelliculés  
séçables



**Librax**<sup>®</sup> 5/2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



LOT: 23062 PER: 04/2026  
PPV: 21.00 DH

**Librax**<sup>®</sup> 5/2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



LOT: 22175 PER: 12/2025  
PPV: 21,00 DH

**Librax**<sup>®</sup> 5/2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



LOT: 23062 PER: 04/2026  
PPV: 21.00 DH

ANCINE® 50mg

30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT : 412  
PER : 03/25  
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg

30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT : 412  
PER : 03/25  
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg

30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT : 412  
PER : 03/25  
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg

30 comprimés enrobés



6 118000 141112

LOT : 412  
PER : 03/25  
PPV : 64,00 DH

**Librax**<sup>®</sup> 5/2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



LOT: 23062 PER: 04/2026  
PPV: 21,00 DH



LOT: 23059 PER: 03/2026  
PPV: 21,00 DH

30 comprimés dragéifiés



**Librax**<sup>®</sup> 5/2

30 comprimés d



LOT: 23062 PER: 04/2026  
PPV: 21,00 DH

2,5 mg 

LOT: 22155 PER: 11/2025  
PPV: 21,00 DH



**Librax**<sup>®</sup> 5

30 comprimés



LOT: 22177 PER: 12/2025  
PPV: 21,00 DH



LOT: 23059 PER: 03/2026  
PPV: 21,00 DH

LOT: 22175 PER: 12/2025  
PPV: 21,00 DH