

# 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

M22- 0029809

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2507 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : JEMEL TOURIA  
 Date de naissance : 1955  
 Adresse : Bloc 2 NR 11 DEROUA  
 Tél. : 06 28 10 60 41 Total des frais engagés : 1024,6 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Abderrahim BOKHAM**  
 Endocrinologue - Diabétologue  
 Av. Allal Ben Abdellah, Ass. Ibn Khaldoun  
 Porte 4 - Berrechid - Tél. : 0522 32 97 37

Date de consultation : 30 Nov 2023  
 Nom et prénom du malade : JEMEL TOURIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : diabète type 2 + HTA  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : 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 : 09/12/2023  
 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 du Médecin attestant le Paiement des Actes
30 Nove 2023		5	250,00	Dr. Abderrahim BOKHAWI Endocrinologue - Diabétologue Av. Alal Ibn Abdellah - Ass. Ibn Khakoun Porte 4 - Beneshid - Tél : 0522 33 97 37

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur

Date

Montant de la Facture

30/11/23

774,60 DH

# 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 :

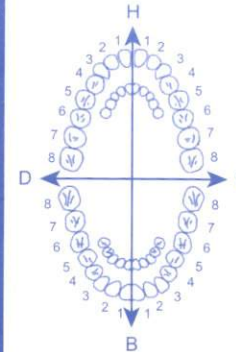
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

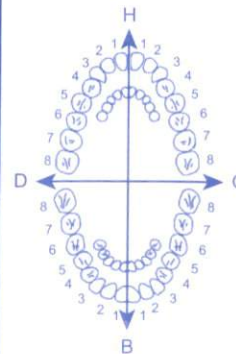
FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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

Berrechid, le 30 Nove 2023 برشيد في

JEMEL  
TOUMIA

107,60

1/2 - 1/2

120,00 x 4  
+ 108,70 x 4

JEMEL

88,00

24,20

774,60

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

PHARMACIE BEN M'SIK  
MAROUANE M'SIK  
Docteur En Pharmacie  
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua  
Gam : 05 22 53 20 58

الدكتور عبد الرحيم بخاسي

اختصاصي في أمراض السكري  
الغدد و التغذية

السكر - التغذية - السمينة - الكوليسترول  
الإضطرابات الهرمونية - العقم



\* 061011375\*

LOT 230889  
EXP 03 2026  
PPV 107.60

120,00

AFRIC-PHAR  
LOT 231257 EXP 05/2026  
PPV : 108DH70

AFRIC-PHAR  
LOT 231257 EXP 05/2026  
PPV : 108DH70

AFRIC-PHAR  
LOT 231255 EXP 05/2026  
PPV : 108DH70

PPV 88DH00  
PER 07/26  
LOT M2461

0,1 % مرهم

LOT: 508  
PER: AUT 2026  
PPV: 24 DH 20

AFRIC-PHAR  
LOT 231255 EXP 05/2026  
PPV : 108DH70

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



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **JEMEL TOURIA**

Matricule : **2507** N° CIN : **B 721 338**

Adresse : **Bloc C AIR 11 DEROUA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. Abderrahim Bokhamy** Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE : **001003408000044** N° INPE : **061011375**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☒ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**diabète type 2 + HTA sous traitement**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Metformine + Insuline**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berrechid** le **30 Nove 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

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

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées