

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 073572

150610

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAMILON BENDAOUD

Date de naissance :

18.11.52

Adresse :

3060 TELWAFI DEROUA

Tél. :

06 63239394

Total des frais engagés :

2488,20 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/02/23

Nom et prénom du malade :

Mme HAMILON ZAKIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

diabète a Gatte d'opéré

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 :

DEROUA

Le :

20/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

DEROUA

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
07/02/23	G		3000H	<p>Docteur BENLALLA ELGHORFI Fa</p> <p>Spécialiste en Endocrinologie</p> <p>Diabétologie et Nutrition</p> <p>Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 1</p> <p>Ain Chock Casablanca - Tél : 0522 870</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MOUMOUNA 244 Jolissement el wafaa Dercus Fix: 05.22.53.20 INPE:062095070	04/02/2023	2188,20

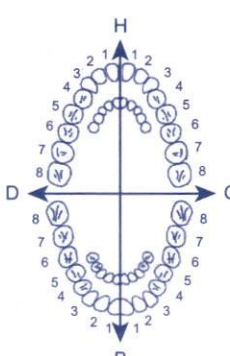
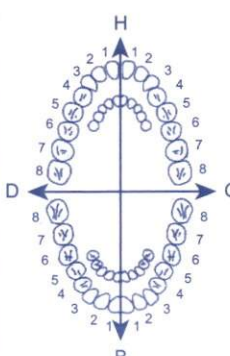
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		B			
H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>								
B										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Coefficient des Travaux	
Montants des Soins	
Date du Devis	
Date de l'Execution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد
و السكري و التغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le 07/02/23 الدار البيضاء في

Mme HAMILOU ZAKIA

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Dercia
Fix : 05.22.53.20.54

36,90x3
ALTEC 2.5

1 comprimé

le matin

48,10
40,00
ODIA 2

1 comprimé

le matin

428x4
JANUMET 50/850

1 comprimé

midi et soir

24,40x2
LEVO THYROX 100

1 comprimé

le matin

49,60x2
D CURE FORTE

1 ampoule

1 fois par 15 J/ 1 mois PUIS 1 AMP/MOIS

TRAITEMENT DE 3 MOIS

75,00
BANDLETTE A GLYCEMIE CONTOUR PLUS 1 BOITE

2188,20

Docteur BENLALLA EL GHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Oods, Rés les Rosiers, Appt 121
Ain Chock, Casablanca - Tel : 0522 870 890

Contour™ plus
كونتور بلس / كونتور بلس

25
Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec:
Contour™ Plus
Meters / Lecteurs
كونتور بلس / كونتور بلس

REF 84627446

Contour™ plus
كونتور بلس / كونتور بلس

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

25
Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE

CONTROL N 108-141 mg/dL
CONTROL L 37-48 mg/dL
CONTROL H 324-421 mg/dL
LOT DP2BQH-C35B
2024-02

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

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

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

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

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

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

LOT 220094 2
EXP 02 2025
PPV 78.10 DH

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

LOT 221597 1
EXP 04 2025
PPV 40.00

PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

36DH9D

36DH9D

36DH9D

Pharmacie AL OUMOUMA - Deroua

ESSOUBI ROUBA

0522532054

244 Lotissement el wafaa, Deroua



Facture N° FAC-43496

Date : 01/02/2023

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 Lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

zakia hamilo

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	1	75,00	75,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	75,00 DHS
Total	75,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-quinze DHS

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 Lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54