

## 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	01694	Société :	RAM A94554
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ADIB Abderrahmane
Nom & Prénom :		30/06/1954	
Date de naissance :		WAKA 3 imm 21 app 5 OULFA	
Adresse :		CASABLANCA	
Tél. :		0661429250	Total des frais engagés : 3740,02 Dhs
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ADIB Abderrahmane Age: 73			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : DT2 <input type="checkbox"/> Enfant			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 FEB 2024			
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 : Casablanca

Le : 06/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
06/09 2024	Cs		300 Dhs	INP : 0612899252 SEKKI
10/10/2024	controle	(G)		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou de l'Assesseur	Date	Montant de la Facture
205220	10/09/2024	3160,00
	12-09-24	280,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	<b>DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :</b> <b>VALABLE UN AN</b>	<i>Code : PR2FR04</i> <i>Version : 02</i> <i>Date : 05/05/2023</i>
---	--	--

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>		
<b>Nom et prénom :</b> <i>ADIB Abderrahman</i> <b>Matricule :</b> <i>RAM 01694</i> <b>N° CIN :</b> <i>B 261633</i> <b>Adresse :</b> <i>WAFA 3 imm 21 Apt 5 OULFA Casablanca</i> <b>Bénéficiaire de soins :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>SEKKAT Kenza</b>  <small>Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Nutrition et Maladies Métaboliques</small>  <small>64 Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca</small> </div>		
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>		
<b>Je soussigne :</b> <i>SEKKAT Kenza</i> <b>Spécialité :</b> <i>ENDOCRINOLOGIE</i> <b>N° ICE :</b> <i>64 Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca</i> <b>N° INPE :</b> <i>0612 89252</i> <b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b> <i>ADIB ABDERRAHMAN</i>		
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b> <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie		
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <i>g : 73 kg . DT 1/13 des HbA1C actuelle : 8,3% . OGTT : 2,26 g/L .</i>		
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b> <b>Traitement prescrit :</b> <i>TAZEEF Diabéton JANUVIA</i> <i>ADO</i>		
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <b>Fait à :</b> <i>CASA</i> , le <i>10/05/2024</i>		
<b>Cachet et signature du médecin traitant</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. SEKKA</b>  <small>Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Nutrition et Maladies Métaboliques</small>  <small>64 Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca</small> </div>		

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



# PARA PALM

Date : 12/02/2024

FACTURE : 08/24

**Nom client: MR ADIB ABDELLAHMANE**

**PARA PALM**  
**78 Boulevard oued Oum rabii**  
**Casablanca 20200**

**PARAPALM**  
MOUSSAID FARAJ  
78, Bd Oum RABII Quartier  
MAZOLA - CASABLANCA  
Tel : 05 22 93 57 26

# ORDONNANCE

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
TOUJEO 300 UI, sol Inj  
solo b3 st  
P.P.V : 579,00 DH

6 118001 082223

10/02/2024

M ADIB Abderrahmane

579,00 x 3

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
TOUJEO 300 UI, sol Inj  
solo b3 st

P.P.V : 579,00 DH

6 118001 082223

TOUJEO SOLUTION INJECTABLE SOLOSTAR EN STYLO 300 UI BOITE DE 3

78,70 x 2  
14 unités le soir à 22 h

DIAMICRON COMPRIME SECABLE A LIBERATION IMMEDIATE 60 MG BOITE DE 30

393,00 x 3  
1 Comprimé le matin avant repas

JANUVIA COMPRIME PELLICULE 100 MG BOITE DE 28

43,30 x 2  
1 Comprimé le midi

ADO COMPRIME PELLICULE 1000 MG BOITE DE 60

1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir au milieu du repas

Aiguilles microfines 4 mm

Bandelettes glycémiques adaptées au lecteur

QSP 3 Mois

3160,-

SEKKAT Kenza

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques  
N°20, Résidence Misselma  
64 Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca



dr@sekkatendocrinologie.com



05 22 95 1991



www.sekkatendocrinologie.com



64, bd Sidi Abderrahmane N20, 4<sup>e</sup> étage avec ascenseur  
Résidence Misselma, Casablanca