

# 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.

## Biologie 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.



367 40  
2A

## Déclaration de Maladie : N° S19-0005349

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9135 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENKADMIZ BRAHIM Date de naissance : 21.07.1969  
Adresse : BD OUED MELOUIA N° 234 HAY EL OULFA  
Tél. : 0661 734500 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur KHLAFA MOHAMED**  
Médecin Spécialiste  
En Diabétologie - En Endocrinologie  
En Maladies Nutritionnelles  
Diplômé de l'Université René Descartes Paris  
13 rue Baghdad - 1er étage tél : 0623 37 04 44

Date de consultation : 01/07/2020  
Nom et prénom du malade : Ben Kadmi Brahim Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète  
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 : ASA 12.08.20 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 du Médecin attestant la validité des Actes
09/07/2010	4	un	2000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE DE LA WILAYA**  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd Oued Mojouya - El Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13  
ICE: 001573273000063

01/04/20

512.00

## 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 :

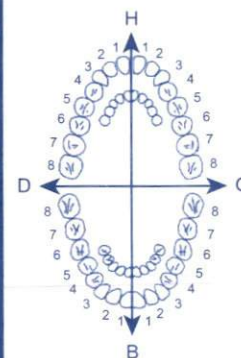
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

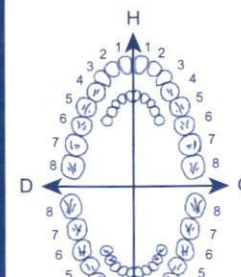
Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession





Docteur **KHLAFA Mohamed**

الدكتور **خليفة محمد**

Diplôme d'Endocrinologie  
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles  
Diplôme de l'Université  
René Descartes  
Paris

إختصاصي في أمراض الغدد  
أمراض السكري  
أمراض التغذية  
خريج جامعة روني ديكرت  
باريس

Mohammedia, le 01-07-2020 في المحمدية،

Ben Kluiz

Melini

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdelali  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd Oued Mologaya-Et Oulfa  
Casablanca-Tel: 0522 90 51 13  
ICE: 001573273000963

3,664

84,100

Amal (S.V)

2,000

Av. 624

428,00

Genant (S.V)

2,001

uc - u (03) 15  
mir

T = 512.00

Docteur **KHLAFA MOHAMED**  
Médecin Spécialiste  
En Diabétologie - En Endocrinologie  
En Maladies Nutritionnelles  
Diplôme de l'Université René Descartes Paris  
13 rue Baghdad - 1er étage tél : 0523 32 04 44

13, زنفة بغداد الطابق الأول - الهاتف : 05 23 32 04 44 - المحمدية

13, Rue Baghdad 1<sup>er</sup> étage - Tél. : 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email : doc.khlafamohamed@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V : 84,00 DH



JANUMET® 50/850 mg

AMM 58DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés.

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

70027233/010414-1

☒ valable 3 mois

01.07.2020

Le ...../...../20.....

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

*n. Kulef*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Ben Katwin Ansh*

Présente

*Diabète*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*ut au long cours*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



*Docteur KHLAFA MOHAMED*  
Médecin Spécialiste  
En Diabétologie - En Endocrinologie  
En Maladies Nutritionnelles  
Diplômé de l'Université René Descartes Paris  
13 rue Baahad - 1er étage tél : 0521 37 04 44