

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

M22- 0028791

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8714 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHADIRI WAHID
 Date de naissance : 05/05/68
 Adresse : Lot Kalloum, Rue 3, N° 49 A 93758
 Tél. : 0662 77 9175 Total des frais engagés : 300 + 405 + 550 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 / 01 / 2024
 Nom et prénom du malade : ELBOU ASMAA Age : 14/03/70
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DT2
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca Le : 30 / 01 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) :

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
30/01/2024	Cs		3000hs	<div> <div> </div> <div> </div> </div>
03/02/2024	Contrôle		CG	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	03/02/2024	405,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	30/01/24					550,00

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.

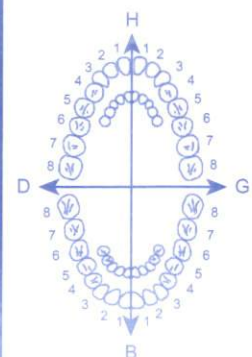
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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



Spécialiste en **Endocrinologie**,
Diabétologie, **Nutrition** et **Maladies Métaboliques**

Diplômée de la FMPC et de l'Université de Paris

Diplômée en Echographie Cervicale

DR SEKKAT KENZA

Lot : 22001
Per : 06/24
PPV : 111 DH 80

ORDONNANCE

LOT : 7667
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50

Lot : 22010
Per : 11/24
PPV : 111 DH 80

03/02/2024

Mme ELBOU Asmaa

ADO COMPRI ME PELLICULE 500 MG BOITE DE 50

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

ROSUVA PROMOPHARM COMPRI ME ENROBE 5 MG BOITE DE 30

1 Comprimé le soir

Lot : 22001
Per : 06/24
PPV : 111 DH 80

DCP KPP SOIN

1 application par jour le soir

QSP 3 mois

LOT : 7667
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 7667
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 7667
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50



dr@sekkatendocrinologie.com



05 22 95 1991



www.sekkatendocrinologie.com



64, bd Sidi Abderrahmane N20, 4e etage avec ascenseur
Résidence Misselma, Casablanca



DR. SEKKAT KENZA
ENDOCRINOLOGIE

Spécialiste en **Endocrinologie,**
Diabétologie, Nutrition et Maladies Métaboliques

Diplômée de la FMPC et de l'Université de Paris

Diplômée en Echographie Cervicale

ORDONNANCE

30/01/2024

Mme ELBOU Asmaa

160,00
Appareil de glycémies capillaire : Contour plus

390,00
Bandelettes glycémiques adaptées au lecteur

FYOMEDIC S.A.
83 Rue Al Ouroude RDC
Quartier Beauséjour Casablanca
Tél/Fax 05 22 97 41 92
GSM 066 87 02 79

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



dr@sekkatendocrinologie.com



05 22 95 1991



www.sekkatendocrinologie.com



64, bd Sidi Abderrahmane N20, 4e étage avec ascenseur
Résidence Misselma, Casablanca

FYOMEDIC S.A.R.L

DISTRIBUTION DE MATERIEL MEDICO-CHIRURGICAL , CONSOMMABLE MEDICAL, PARA-PHARMACEUTIQUE HYGIENE ET COSMETIQUE


FC N° 24-00005

CASABLANCA LE : 30/01/2024

MME. ELBOU ASMAA


N°	DESIGNATION	QTE	PRIX	TVA	MONTANT
1	CONTOUR BANDELETTE BTE/25	6	65.00	20%	390.00
2	CONTOUR APPAREIL	1	160.00	20%	160.00

2797 0°C




5 016003 763502

2797 0°C




5 016003 763502

2797 0°C




5 016003 763502

2797 0°C



5 016003 763502

+213 555 547 999 - DZ
+213 770 887 812 - DZ



5 016003 760709 mg/dL

REF 84708187
7607
90007299
Rev. 07/20

FYOMEDIC S.A.R.L.
83 Rue Al Oroud RDC
Quartier Beausejour Casablanca
Tel / Fax : 05 22 87 41 83
GSM : 0661 37 02 79

MONTANT H.T	MONTANT T.V.A	TAUX T.V.A
	0.00	7%
458.33	91.67	20%

TOTAL
550.00



83, RUE AL OUROUD BEAUSEJOUR - CASABLANCA

TEL / FAX: 05 20 12 06 99 - GSM: 06 61 37 02 79 RC N°: 134735 - PATENTE N°: 34833105: - CNSS N°: 6837465 IF N°: 1101691
- ICE N°: 001673369000085