

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

- Reclamation : 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.

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 Kaltoum, Rue 3, N° 69, 193758**

alifornie

Tél. : **062 97 91 75** Total des frais engagés : **300.7405 + 550** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30/01/2024**

Nom et prénom du malade : **ELBOU ASMAA** Age : **01/09/70**

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.

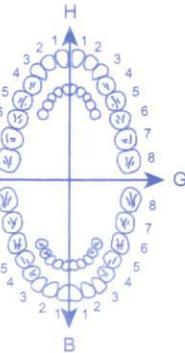
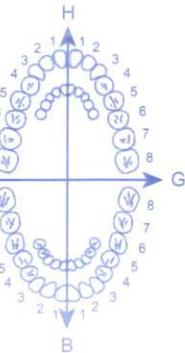
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca** Le : **30/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 et la nature des actes	
30/01 2024	Cs		3000hs	 N°20, Résidence Sisselma Casablanca	
03/02 2024	Contrôle		CG	 N°20, Résidence Sisselma Casablanca	

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Carnet et signature CPOMI du RUE ARDOURE Quartier Beauséjour Tél/Fax 06 22 91 12 78 GSM 06 81 12 78	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	30/01/2011				550,00

RELEVE 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 (List of teeth treated: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (Nature of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (Coefficient table: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)														
				MONTANTS DES SOINS (Amount of treatments)														
				DEBUT D'EXECUTION (Start of execution)														
				FIN D'EXECUTION (End of execution)														
ODF PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)														
				MONTANTS DES SOINS (Amount of treatments)														
				DATE DU DEVIS (Date of the estimate)														
				DATE DE L'EXECUTION (Date of execution)														



DR SEKKAT KENZA

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

ORDONNANCE

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

Mme ELBOU Asmaa

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

03/02/2024

ADO COMPRIME PELLICULE 500 MG BOITE DE 50

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

ROSUVA PROMOPHARM COMPRIME ENROBE 5 MG BOITE DE 30

1 Comprimé le soir

DCP KPP SOIN

1 application par jour le soir

QSP 3 mois

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

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

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

Specialiste 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

169,00 Appareil de glycémies capillaire : Contour plus

390,00 Bandelettes glycémiques adaptées au lecteur

FYOMEDIC SA
83 Rue Al Oroude RDC
Quartier Beauséjour Casablanca
Tél/Fax 05 22 97 41 82
GSM 056 137 02 79

SEKKAT KENZA
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies Métaboliques
N°20, Résidence Misselma
bd. 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 , CONSUMMABLE 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

FYOMEDIC S.A.R.L
83 Rue Al Orououd RDC
Quartier Beausejour Casablanca
Tél / FAX 06 22 87 41 82
GSM 0661 37 02 79

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

84708187
7607
90007299
mg/dL
Rev. 07/20

MONTANT H.T	MONTANT T.V.A	TAUX T.V.A
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