

# 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.

## 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



N°D  
13890

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0011339**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3191 Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : AB. N. A. H. A. H. A. Date de naissance : .....  
Adresse : 13 me des flamands N°9 RAVONA CAS  
Tél. : 0665169025 Total des frais engagés : 3.00 + 2.08 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2019

Nom et prénom du malade : ..... 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 : Casablanca le 15/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
11/12/19	CS		300 DH	<p>Docteur KENZA BENOMAR</p> <p>Spécialiste en Endocrinologie</p> <p>Diabétologie</p> <p>Maladies Métaboliques et Nutrition</p> <p>Tel: 0522 23 79 52 - 0629 45 90 17</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/12/19

208,00 DH

## 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

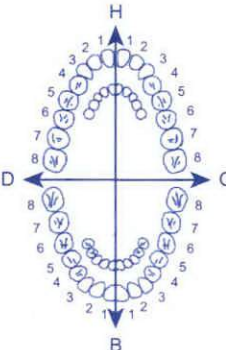
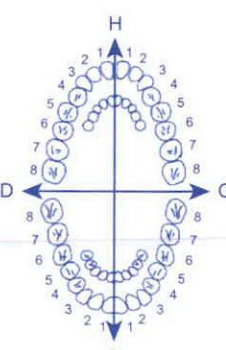
Montant détaillé des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				Coefficient DES TRAVAUX
H		G																										
25533412	21433552	00000000	00000000																									
00000000	00000000	00000000	00000000																									
00000000	00000000	00000000	00000000																									
35533411	11433553																											
B																												
				MONTANTS DES SOINS																								
				DATE DU DEVIS																								
				DATE DE L'EXECUTION																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# دكتورة

اختصاصية في أد  
و التغذية و أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بجامعة ليل بفرنسا  
رئيسة سابقة بالمستشفى الجامعي بليل  
دبلوم جامعي في علاج الغدة الدرقية و الفحص بالصدى  
دبلوم جامعي في علاج السمنة والتغذية  
وتركيب مضخة الأنسولين

و أستاذة سابقا بكلية الطب بجامعة ليل بفرنسا

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques

Lauréate de la Faculté de Médecine de LILLE en France  
Ancienne Chef de Clinique au CHU de LILLE  
Diplômée en Thyroïdologie  
Diplômée en Echographie Thyroïdienne et Cytoponction  
Diplômée en Obésité et Nutrition  
Pose de pompes à insuline

Ex.Enseignante à la faculté de Médecine de LILLE - France

Casablanca le

12 / 12 / 2019

M<sup>re</sup> ADNANI  
ANINA

Docteur Kanza BENOMAR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie  
Maladies Métaboliques et Nutrition  
Tél: 0522 23 79 52 - 0629 45 90 17

PHARMACIE DES STADES 20  
50, Rue Al Mourat - Casablanca  
Tél: 05 22 25 49 25  
R.C. 245509 - Pte: 35873067  
Tél: 0522 23 79 52 - 0629 45 90 17

II de 3 mois

Docteur Kanza BENOMAR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie  
Maladies Métaboliques et Nutrition  
Tél: 0522 23 79 52 - 0629 45 90 17

83 Angle Bd ABDELMOUMEN et Rue SOUMAYA - Résidence SHEHRAZADE - 1er étage

83 ملتقي شارع عبد المومن زنقة سمية - إقامة شهرزاد - الطابق الأول

Tél : + 212 (0) 5 22 23 79 52 / + 212 (0) 6 29 45 90 17

E-mail : kanzzamed@hotmail.com - Site Web : cedmmn.ma