

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Alal 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



Déclaration de Maladie

N° W19-444789

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) (17666)			
Matricule : 0944	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALIMY ABDELMAJID			
Date de naissance : 09.01.1930			
Adresse : 609/1 ALICIAF II - n° 21. Sidi Haddad			
Tél. 0522.39.19.96 Total des frais engagés : 343,30 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. BENOMAR ABDELADIM			
Diabète - Nutrition - Obésité Maladies du cholestérol - Triglycérides Pied Diabétique			
N°1633, Bd. Mohamed V, Casablanca			
Date de consultation : ZITOUNE KEBIRA			
Nom et prénom du malade : ZITOUNE KEBIRA Age : 65			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : Diabète type 1			
Nature de la maladie : Diabète type 1			
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 : **Casa Blanca**

Signature de l'adhérent(e) : **M. Blanca**

Le : **12 JAN. 2020**



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.
27/11/19	C	1	200,00	INP : 0911190126
				Dr. BENOMA Diabète - Nutrition - Maladies du cholestérol - Triglycérides Pied diabétique
				Mohamed VI, Casablanca
				Signature : 20/11/19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lot Alichraf 2 N°9 Sidi Mârouf Casablanca	27/12/19	143,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique nécessaire à la profession				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
				DIAMICRON 30 mg Gliclazide 60 comprimés à libération modifiée
				DIAMICRON 30 mg Gliclazide 60 comprimés à libération modifiée

valable 3 mois

Le 27/10/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : 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

Dr. Abdel Adim BENOMAR

Docteur en Médecine
Diabète - Maladies du Cholésterol
Nutrition - Obésité - Régimes
Pied Diabétique

Diplôme d'Université de 3ème cycle en Diabétologie
Diplôme d'Université de 3ème cycle en Pied Diabétique
Formation à l'Hôpital Grau du Roi (France)
Diplôme d'Université de 3ème cycle en Diététique Médicale
D.U. de 3ème cycle en Nutrition et Obésité et ses complications
de la Faculté de Médecine de Montpellier (France)

الدكتور بنعمـر عبد العظـيم

داء السكري - أمراض الكوليسترول - السمنة - الحمية
التشخيص والحماية من قدم داء السكري - آلة تشخيص مكونات الجسم
التشخيص بالصدى

دبلوم جامعي السلك الثالث في داء السكري
دبلوم جامعي السلك الثالث في قدم داء السكري
دبلوم جامعي السلك الثالث في التغذية
دبلوم جامعي السلك الثالث في السمنة ومتلازمة
من كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

الدار البيضاء في : ٢٧/١٢/١٩
Casablanca, le :

54,30 Mme Zitoune kelbiran
89,00
Diacecim 30 veg
Fr 143,30 ١٨١ X ٣ min.



Dr. BENOMAR Abdeladim
Diabète - Nutrition - Obésité
Maladies du cholestérol - Triglycérides
Pied Diabétique
N°1633, Bd. Mohamed 6, Casablanca
Tél: 0522 59 72 66