

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 047900

ND: 28/7/20

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AP69

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Zangi HAMADI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0619 86 624

Société :

Autre :

HAMADI

Total des frais engagés : 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Zangi Hamadi

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
DROITE		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			
GAUCHE		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48			
HAUT					
BAS					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire
		H
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
		G
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

VOLET ADHERENT		NOM : <i>Zargui Hammadi</i>	Mle <i>1065</i>
DECLARATION N°		W18-348617	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-348617

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>1065</i>	
Nom & Prénom <i>Zargui Hammadi</i>			
Fonction :	Phones...	<i>0619886704</i>	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient <i>Zargui Hammadi</i>	
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age
Nature de la maladie		Date	
<i>DT 2</i>		<i>05/06/2020</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>05/06/2020</i>	<i>cg.</i>	<i>250DH</i>	
PHARMACIE		Date <i>05.06.2020</i>	
Montant de la facture <i>337,70</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

SENISI Zoubib
Enseignement et Recherche
en Médecine et Biologie
M. Zoubib F.D.M.B. 2012
E-mail: zoubib@med.ensis.ac.ma
Tél: 0522 24 10 22 25

PHARMACIE
Rue 2^e, Dép. 105
Télé: 0522 24 10 22 25

250
337,70
562,70

Dr. Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
nutrition et maladies métaboliques
Diplômée de la faculté de médecine et
de Pharmacie de Casablanca



Cabinet
Endocrinologie

الدكتورة لبني بنيس -

أخصائية في أمراض الغدد والسكري
والتدئنة وأمراض الأيض

خربيمة كلية الطب والصيدلة الدارالبيضاء

طبية داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن رشد - الدارالبيضاء

دبلوم أمراض الغدة التخامية بباريس
دبلوم أخصائي في التغذية بوبوليه

Ancienne interne du CHU de Casablanca

- Diplômée en pathologie hypothalamo hypophysaire Paris

- DIU en nutrition Montpellier

Casablanca le : 05/06/2020

78,70 x2 M⁺ Zougri Hammadi

- Diamisor 60 g

44,70 1cp et 1/2 5 lemot
a jeun

- Glucophage 800

45,20 x3 lcp & 2l

337,70

Loubna
Endocrinologue
Nutritionniste
Stédiologue
Résidence Fatima Zahra II
Bd Ibn Tachfine et Ibn Adaraa
Rég. Rég. N°12 Casablanca
Tél: 0522 61 22 24 / 0522 61 22 25



زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العذراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء 2 الطابق 4 ق 12، الدارالبيضاء (فوق أسيما و BMCE)

Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Adaraa El Mourakuchi Résidence Fatima Zahra II, 4ème Etage - N°12

Casablanca (au dessus de ACIMA & BMCE)

Tél : 0522 61 22 24 / 0522 61 22 25 - E-mail : bennisloubna@yahoo.fr

LOT 200252
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

LOT 200252
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés


6 118001 130160

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

141,70

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés


6 118001 130153

78,70

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés


6 118001 130153

78,70

LOT 200252
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés


6 118000 080640