

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



ND N° W19-568189
74401

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5241 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : HAMMAMI

Date de naissance : 25.3.54

Adresse : Daoussis Marocien n°57 Appt 4

Tél. : 05 21 06 91 31

Total des frais engagés : 337,90 + 26,00 = 363,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/2021

Nom et prénom du malade : Bissani Latifa

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Hypothyroïdie + hyperthyroïdie

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 : 25/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/05/2021

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
25/05/2021	CG		280,00	INP : 091183838 Dr. B Spécialiste endocrinien Numéro de Maladie : 123456789 Numéro de Carte : 123456789 Médecin : Dr. B Date : 25/05/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. B Spécialiste endocrinien Numéro de Maladie : 123456789 Numéro de Carte : 123456789 Médecin : Dr. B Date : 25/05/2021	25/05/2021	337,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

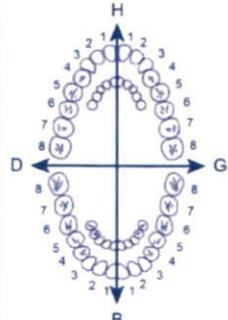
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

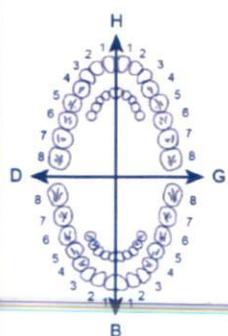
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Loubna BENNIS

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

Ancienne interne du CHU de Casablanca

- Diplômée en pathologie hypothalamo hypophysaire Paris
- DIU en nutrition Montpellier



الدكتورة لبنة بنيس

أخصائية في أمراض الغدد والسكري
والغددية وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفاء

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

دبلوم أمراض الغدة النخامية بباريس
دبلوم أخصائي في التغذية بونبو

Casablanca le : 25/05/2024

Han Drissoui Latif

- Dimezolol 10g
l'spit ٪ ٢٥
48,٥٥ x ٤

- Zfave 100
l'spit ٪ ١٠
arret
46,٧٠
x ٣

- D-Cere forte amp
laçep ٪ ١٥ ١٥ جز
49,٦٠ x ٢

49,٦٠ x ٢

49,٦٠ x ٢

49,٠٠

49,٠٠

49,٠٠

Pharmacie PROD'AL
Dr. Loubna BENNIS
16, Avenue Fatima Zahra II, 4ème
IB, 2011, Casablanca
T: 0522 61 22 25
E: bennisloubna@yahoo.fr

LOT 202593
EXP 10 2024
PPV 46.70 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 21A04
EXP: 01/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

شفرين وشارع ابن العذراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء 2 الطابق 4 رقم 12، الدار

البيضاء (Dr. Loubna BENNIS)

IB, 2011, Casablanca

T: 0522 61 22 25

E: bennisloubna@yahoo.fr