

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1470 Société : 861SA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAGMRIB. AHMED.

Date de naissance : 01-01-1984

Adresse : 150 lot coop EL WAPAD Zerara

Tél. : 06.66.21.33.06 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Kanza BENOMAR**

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métabolique et Nutrition

Tél: 0522 23 79 52 - 0629 45 90 17

Date de consultation : 30/06/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DT2

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) : .....

#### **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
30/06/2021	CS		300,-	Docteur Kanza BENOMAR Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Maladies Métabolique 23 79 52 - 0629 45 90 1

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIA DEROUA EL HAÏK FOUAD PHARMACIEN Centre Commercial Deroua 16, 0522 53 21 77 / Fax : 0522 53 25 12	30/06/2021	1046.50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

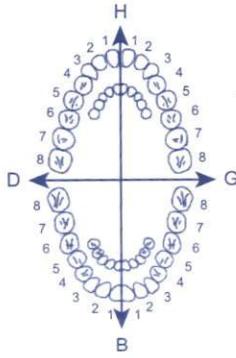
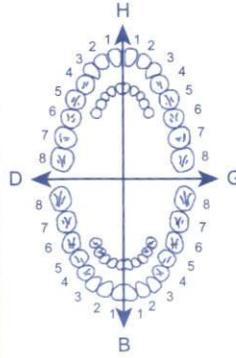
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaire, ainsi que le bilan d

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table 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>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																

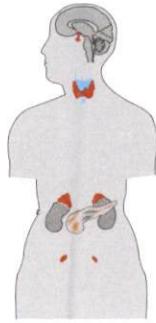
# Docteur Kanza BENOMAR

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 Thyroïdiennes et Cytoponction  
Diplômée en Obésité et Nutrition  
Pose de pompes à insuline

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



# دكتورة كنزة بنحمر

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
والتخديرية وأمراض الأيض

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

وأستاذة سابقا بكلية الطب بجامعة ليل بفرنسا

Casablanca le ..... 30/06/12 .....

- Lantus : 160

160

600

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
51 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH  
A 118001 081608



Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
51 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH  
A 118001 081608

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
51 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH  
A 118001 081608

- Apidra : 120

120 Lantus

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
Apidra 100U/ml inj 56 sty  
P.P.V : 439,00 DH  
A 118001 081608

8 Nididi

5 Soi

avant  
rep'

- Agilis 1046,50

PHARMACIE DEROUA  
EL HAÏK FOUD  
PHARMACIEN  
46 . Centre Commercial Deroua  
Tél . 0522 53 21 77 / Fax 0522 53 26 10

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 ملتقى شارع عبد المؤمن زنقة سمية - إقامة شهرزاد - الطابق الأول

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

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

VeriFine®

# PEN NEEDLES

100  
PCS

New ***SuperStick***  
technology for  
pain-free injection



4

32Gx4mm

