

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.

Nº W21-661844

169061

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2125

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNIS, Abdellah

Date de naissance :

04 - 02 - 1950

Adresse :

34, Route AZEMNA SR Résidence Yasmine

Tél. :

06 61 19 60 48 Total des frais engagés : 2 686,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/07/2023

Nom et prénom du malade :

Bennis, Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

M 21 JUIL 2023

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) :



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
12/09/05		300		INPE: 091201335
				12237952-090517 Spécialiste en Nutrition Nutritionniste en Santé

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRUISE Dr. SELASSI Nafissatou 58 Rue Aboubacar EL Azizi Maamane Tél: 0522 99 01 10 Gsm: 0622 92 10 00 ICE: 001688166000012	12.09.05 2023	2386,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

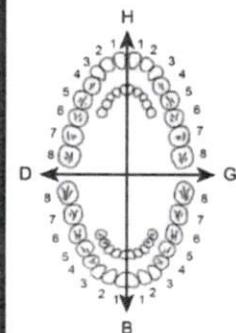
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

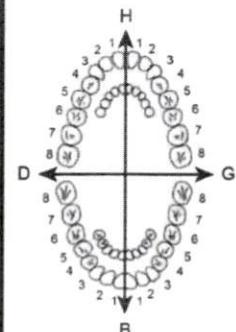
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Kanza BENOMAR

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Nutrition et Maladies Métaboliques



دكتورة كنزة بنعمر

الاختصاصية في أمراض الغدد والسكري
والتغذية وأمراض 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

وأستاذة سابقا بكلية الطب بجامعة ليل فرنسا

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

Casablanca le 12/07/2013

12107223

T. BENNIS

ABDELLAH

1193, w d(8)
- Vickery

Aug 1982 15

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

-082-
1-100

**Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193.00 DHS**

6 118001 121403

8-9695-73-280-3

PHARMACIE LA BRISÉ
Dr. BASSINI Narijiss
35, Rue Abdellatif Maârif
Tél.: 0522 99 01 10 - GSM: 0677 92 10 71
(C.E.: 00166000001)

Spécialiste en Endocrinologie
Docteur Hala MELAIS
Médecine et Nutrition
79522 - 0629459017
Tél: 0522 795227

II de laur

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 : kanzza@hotmai.com - Site Web : cedmmn.ma