

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Allal 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

M23- N° 0043492

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5626 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DRIHMI HASSAN
 Date de naissance : 18-11-1960
 Adresse : 111 youssa Des Mers Durs
 Tél : 0674910206 Total des frais engagés : 859,90 + 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12-03-2024
 Nom et prénom du malade : Btifa Rezouani Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Type 2
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca Le : 20-03-24
 Signature de l'adhérent(e) : DRIHMI HASSAN


PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/11	C5		2520H	Bd Stengharbene 1-103 Val Fleury - Casablanca Tél 05 22 33 87 48 INPE 091237230

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11 2024	859,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

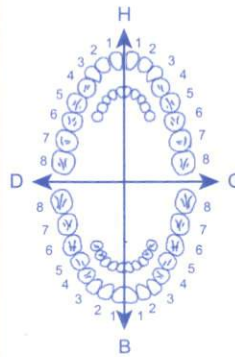
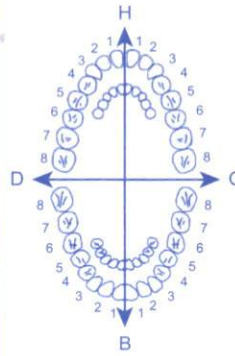
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Meryem LAMNIFI

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancienne interne des hôpitaux de Casablanca
Diplômée de l'académie supérieure de nutrition
et de médecines holistiques de l'Ontario - Canada

Diabète

Nutrition clinique - Micronutrition

Surpoids - Obésité - Amincissement

Nutrition de l'enfant

Nutrition de la femme enceinte



الدكتورة مريم لمينيحي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
داخلية سابقة بمستشفيات الدار البيضاء
خريجة الأكاديمية العليا للتغذية والطب الشمولي بكندا

مرض السكري

التغذية - التغذية الدقيقة

زيادة الوزن - السمنة - التخسيس

تغذية الطفل والمرأة الحامل

Casablanca, le 12/03/2024

PPV:102DH80

VOIE ORALE

Gélules Gastro-résistantes

Dr MEZOUANI LATIFA

91,00

- Statinal 20mg



1cp/j le soir après le dîner
36,00 x 2

- Maltol 100mg



1cp/j après Petit-déjeuner x 3 mois

- Elgydin xerobave spray

91,00

3 pulvérisation (joue droite / joue gauche /
Langue) x 4 fois par jour

102,00

- Ipratropium 20mg



1cp/j avant le dîner

Tel : 0522 25 87 48 - Email : cabinetlamnifi@gmail.com

89, BVD Stendhal, Apt 7 3ème étage, Val Fleuri - Casablanca

89, شارع سلطاندا. رقم 7 الطابق 3. فال فلوري. الدار البيضاء

Dr LAMNIFI Meryem
Médecin Nutritionniste Diabétologue
INPE 091237230
89, BVD Stendhal, 3ème étage N°7
Val Fleuri - Casablanca
Tél 05 22 25 87 48
INPE 091237230

89.00 - uisential ep. x 3m

P.P.C : 79 DH
Dluc: Lot :
11/24 V307G

99.00 Lixifor & Motin
- Lixifor cp. x 3m

Dr LAMNJI Meryem
Médecin Nutritionniste Diabétologue
89 Bd Stendhal 3ème Etage N° 7
Val Fleuri - Casablanca
Tél 05 22 25 87 48
INPF 09123723

PPV: 102DH80

30.00 Exodeil solution.

1 Application sur le sang
x 21 j

LOT: 230663
PER: 11/2028
PPV: 36,00 DH

859.00

Dr LAMNJI Meryem
Médecin Nutritionniste Diabétologue
89 Bd Stendhal 3ème Etage N° 7
Val Fleuri - Casablanca
Tél 05 22 25 87 48
INPF 09123723

PPV: 102DH80

99.00
Casablanca
CEINTURE
Kader
CEINTURE
22 60 57 84

99.00
Casablanca
CEINTURE
Kader
CEINTURE
22 60 57 84

LOT 0017
EXP 08 2028
PPV 30.70 DH

LOT: 230663
PER: 11/2028
PPV: 36,00 DH

Lot/A de pré X1029 1226
PER 99.00

3 700221 339503

Maltofer
Fer (II)
Comprimés pelliculés boîte de 30
6 118000 331902