

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

- 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.

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

M23-004234

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9306 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENNIS MOHAMED TAHAR
Date de naissance : 02/07/72
Adresse : Mohammadia
Tél. : 9193 Total des frais engagés : 68059 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur ZNIBER Abdellah
Gynécologue-Accoucheur
Stérilité du Couple
1, Rue Neuf Chateau-Casa
Tél: 05 22 27 43 21 Fax: 05 22 26 04 12
Date de consultation : 25 / 05 / 23
Nom et prénom du malade : BENNIS TAHAR Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 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 : 08 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25/05/23			300,00	Docteur ZNIBER Abdelilah Gynécologue-Accoucheur Stérilité du Couple 3, Rue Neuf Chateau-Casa 0522274121 Fax 0522260412

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CROIX D'OR M. DADON 139, rue Abbé Isidore A. B. - 101 - 0522250574 CASA-BLANCA	25/05/23	27,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur ZNIBER Abdelilah Gynécologue-Accoucheur Stérilité du Couple 3, Rue Neuf Chateau-Casa 0522274121 Fax 0522260412	25/05/23	K2	300,00

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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>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>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H		H														
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 ZNIBER Abdelilah
Gynécologue-Accoucheur
Stérilité du Couple
13. Rue Neuf Chateau-Casa
tél: 0522274421 Fax: 0522260412

Docteur ZNIBER Abdelilah
Gynécologue-Accoucheur
Stérilité du Couple
13. Rue Neuf Chateau-Casa
tél: 0522274421 Fax: 0522260412

Mr BENNIS Louto
Le 25/05/2023

Eloufrghui Mh
L3

300,00 DH
Tms Cent DH =

Docteur ZNIBER Abdelilah
Gynécologue-Accoucheur
Stérilité du Couple
13. Rue Neuf Chateau-Casa
tél: 0522274421 Fax: 0522260412

DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maître Assistant

Stérilité - Senologie - Echographie
Chirurgie Gynécologique

ECHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE

Mme BENNIS Laila

Casablanca le, 25/05/2023

Examen

* UTERUS = hétérogène, adénomyosique, augmenté

de taille, mesurant 49.3 mm en A.P,

* LIGNE DE VACUITE = régulière : 9.3 mm

* OVAIRE DROIT = normal, 2 AFC,

* OVAIRE GAUCHE = normal, 2 AFC,

* DOUGLAS = libre

Conclusion

GROS UTERUS ADENOMYOSIQUE + HYPERTROPHIE DE L'ENDOMETRE

Dr. ZNIBER ABDELILAH
Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maître Assistant
Casablanca le 25/05/2023
Tél : 0522.26.04.12 / 0522.26.10.14 / 0522.26.07.85
Fax : 0522.27.44.21 E-mail: azniber@menara.ma

DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maître Assistant

Stérilité - Senologie - Echographie
Chirurgie Gynécologique

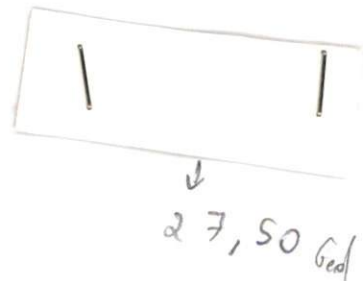
Casablanca le, 25/05/2023

Mme BENNIS Laila

27,50

SPASFON N° 2

2 comprimés, 3 fois par jour, avant les repas, pendant 10 jours



الدكتور: زنبر عبد الإله
تخصص: أمراض النساء و الولادة
مستشفى: دار البيضاء
13 زناجب شاطوا الدار البيضاء
06 22 27 44 21 الهاتف 05 22 25 05 77

