

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1453**

Société : **R.A. 51 90 1427**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **RHAIKI MEZHA** **Vence CHERKAOUTI**

Date de naissance : **03/08/1961**

Adresse : **Residence Rio, Rd sidi Abderrahmane**

**A' Diab apt 3222**

Tél. : **066.224.2616** Total des frais engagés : **1.75,30** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/10/2024**

Nom et prénom du malade : **CITERIA B. U. NEZIADA**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

**Prédiabète**

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 : **Casa**

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : **Abir**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Permis de vente à l'unité	19/03/84	7530

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

### **[Création, remont, adjonction]**

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

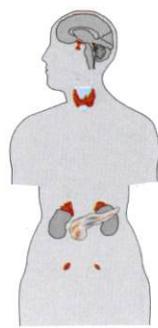
Diplômée en Thyroïdologie

Diplômée en Echographie Thyroïdienne et Cytoponction

Diplômée en Obésité et Nutrition

Posé de pompes à insuline

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



# دكتورة كنزة بنحمر

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
والتغدية وأمراض الأيض

خريجية 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 .....

19/03/2014

Chèque

chèque  
livre  
moult

25.10

25.10

25.10

Université de Lille 1  
Faculté de Médecine  
Département de Médecine  
Centre de Médecine de la Santé

Docteur Kanza BENOMAR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Tél: 0520 22 79 52 / 0629 45 90 17  
Maladies Métaboliques et Nutrition

Rebours.

83 Angle Bd ABDELMOUMEN et Rue SOUMAYA - Résidence SHEHRAZADE - 1er étage  
83 ملتقي شارع عبد المؤمن زنقة سمية - إقامة شهزاد - 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