

# 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.

## 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.

## 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

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 : N° P19- 0011335**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3191 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ADNANI ADINA Date de naissance : 11/10/1956

Adresse : 13 rue des Flamands N°9 R.V. 57099 CASABLANCA

Tél. : 0665169025 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020

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

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Boudou

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 : 21 / 7 / 2020


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
16/04/2010	C.S.		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/2010	277,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

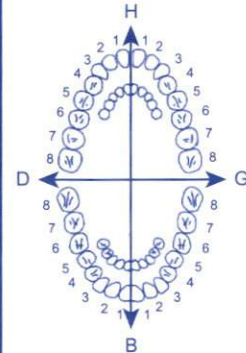
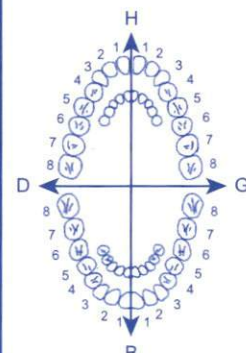
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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 Thyroïdienne et Cytoponction

Diplômée en Obésité et Nutrition

Pose de pompes à insuline

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



## دكتورة كنزة بنعمر

اختصاصية في أمراض الغدد و السكري  
والتغذية و أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بجامعة نيل بفرنسا

رئيسة سابقة بالمستشفى الجامعي بليل

دبلوم جامعي في علاج الغدة الدرقية و الفحص بالصدى

دبلوم جامعي في علاج السمنة و التغذية

و تركيب مضخة الأنسولين

و أستاذة سابقا بكلية الطب بجامعة ليل بفرنسا

Casablanca le : 16/06/2020

M<sup>me</sup> ADNANI  
MINA

Dimazole 10mg

1/2 cp 15

Evotlygox 25mg

1 cp 15

Glucophage

1 cp x 21 j

PHARMACIE DES STADES 2010  
80 Rue de l'Aviation - Casablanca  
Tél : 05 22 23 79 52 / 06 29 45 90 17  
R.C. : 245509 - Pte : 35873067  
I.F. : 40436642

Docteur Kanza BENOMAR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Maladies Métaboliques et Nutrition  
Tél : 0522 23 79 52 - 0629 45 90 17

83 Angle Bd ABDELMOUMEN et Rue SOUMAYA - Résidence SHEHRAZADE 3 - 1er étage

83 ملتقي شارع عبد المومن زنقة سمية - إقامة شهرزاد 3 - الطابق الأول

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

E-mail : kanzzamed@hotmail.com - Site web : www.cedmmn.ma

LOT 191910

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191910

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191910

EXP 12/2022

PPV 28.00DH



LOT 191910

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191910

EXP 12/2022

PPV 28.00DH



LOT 191910

EXP 12/2022

PPV 28.00DH