

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 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 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- 0043568

ND: 44367

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5771 Société : RAD

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATMANI Ouafae

Date de naissance : 21/1/60

Adresse : 101 Bd Boulay Jussief

Casablanca

Tél : 0671271657 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/20

Nom et prénom du malade : ATMANI Ouafae Age: 60 ans

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

Nature de la maladie : DT2

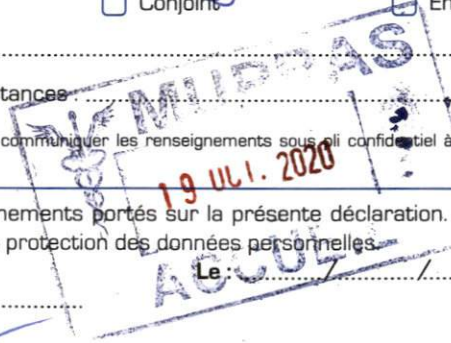
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 19.09.2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
03/09/20	CS		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/09/20	638,90 INRE: 002016211

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

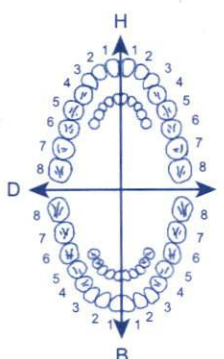
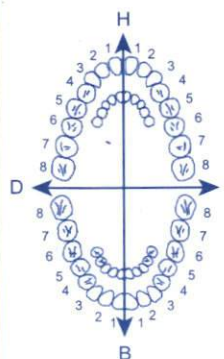
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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>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> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
[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

☒ valable 3 mois

Le 03/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr BENOMAR
Certifie que Mlle, Mme, M. :	ATTANI OUBAE
Présente	DT2 + hypothyroïdisme
Nécessitant un traitement d'une durée de :	longue durée
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	Amarel + Lantus

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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

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 :

03/09/2020

ATNANI
OUAFAE

152,50 X3

Laude nelo sha Aylos :

457,50 2 u 6 ju a 20 h 00

60,40 X2

Amarck 2mg

1,20,80

1 cp l nalu avec t felih

6,80 X3 Depurka

13,40 X3

Laos thyrox 75ug

6,0,60 1475 lushi
a ju

638,90

PHARMACIE DE BORDEAUX
Mlle Amal EL ALLALI
PHARMACIEN
164, Bd. Bordeaux - CASA
Tél : 05 22 23 79 52

Docteur Kanza BENOMAR
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie
Maladies Métaboliques et Nutrition
Tél : 05 22 23 79 52 / 06 29 45 90 17

Tte 3 mois

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

83 ملتقى 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

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

Lant sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
100 Unités/r
solution inje
solution for
insuline glarg
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1
P.P.V. : 152DH50
6 118001 081608

Lant Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
100 Unités/r
solution inje
solution for
insuline glarg
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

L Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
100 Ur
solution
solution
insulin
Lantus Solostar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

LOT: 20E004
PER.: 05 2023
AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118006 060031

LOT: 19E002
PER.: 10 2022
AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118006 060031

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH