

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 6218 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA HAKIM

Date de naissance : 20/01/61

Adresse : 25 RES ENNAJD Apt 265 AV STENDHAL

CASABLANCA

Tél. : 0661181663 Total des frais engagés : 449,5 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 10/10/22

Nom et prénom du malade : BENTAHILA HAKIM

Age : 61

Lien de parenté : H. HAKIM Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : NewoCope

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 : 26 / 10 / 2022

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

## RELEVE 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
27/10/22 CS			300 DT	<i>[Signature]</i> DR. SP 119 Bd Abderrahmane Aissaoui - Appartement 345 Tunis - 1002 22 27 95 24 - Urgence 1002 20 34 50

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> HARMAGEN PHARMA Dr. Slimane Slama Rés. Annajd - Bd Annal - Le Plateau CASA Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 17	27.10.22	149,16

## 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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>										
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>										
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>										
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>										
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>										
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>										
				<b>Date du devis</b> <input type="text"/>										
				<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>										
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>														
<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>H</b></td> <td style="width: 50%;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					<b>H</b>	<b>G</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
<b>H</b>	<b>G</b>													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<b>B</b>														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>														

# Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



Endocrinologie - Diabétologie  
Rhumatologie - Maladies systémiques  
Gériatrie  
Chek-up médical

- Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- Membre de la Société Française de Médecine Interne

الدكتورة منى منكور  
إختصاصية في الطب الباطني

علم الغدد - داء السكري  
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجماعية  
أمراض الشبيخوخة  
رصد صحي شامل

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنبلوز (فرنسا)
- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le :

27/10/22

M<sup>2</sup>. BENTAHILA HSS  
110.53  
Cholest 500 mg  
1 - 0 - 1 quotid.  
Vitamine E 500 mg  
1 - 1 - 1 quotid.



PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA  
Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

دكتورة منى منكور  
Dr. MOUNA MENKOR  
Spécialiste en Médecine Interne  
49 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Appt. N°27  
Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 05 61 34 97 60