

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

180285  
**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 02391 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHRAZI BEN ARAB EL FETTAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 12817 Total des frais engagés : 1469,20 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Dr. Mouna MENKOK  
Spécialiste en médecine interne  
Tel: 05 22 27 95 24 / 06 08 47 82 05  
INPE: 091166579

Date de consultation : 15/08/2023

Nom et prénom du malade : NAROIS RABIA PROUDRI Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Tachycardie / HTA / Raynaud

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/08/23        | CS                |                       | 300 Dhs                         | 15/08/23<br>Signature du Médecin                               |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE 15 VOA 2023<br>28, Bis Rue Salonique Angle<br>Rue de Rome Casablanca.<br>Tél : 05 22 85 43 95<br>Tél : 06 00 06 07 08<br>RC 318383 ICE 0021791300087 | 15/08/2023 | 1169.70               |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

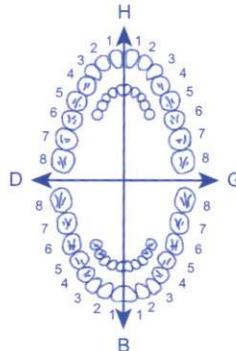
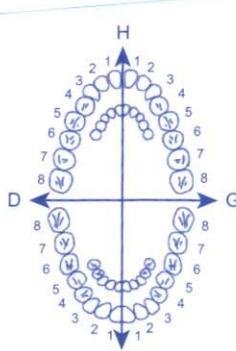
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 canalaires, 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 |                     |               | Coefficient des Travaux |
|      | H   | 25533412            | 21433552      | MONTANTS DES SOINS      |
| D  | 00000000                                  | 00000000            | DATE DU DEVIS |                         |
| 00000000   | 00000000                                  | DATE DE L'EXECUTION |               |                         |
| 35533411   | 11433553                                  |                     |               |                         |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                     |               |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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



LOT 230009

EXP 02/2026

PPV 28.00DH

*x3 Ged*

برخص الجماعية

خواص

شامل

جامعي بتولوز (فرنسا)

امعى ابن رشد (الدار البيضاء)

لب الباطني

عضو بالجمعية الفرنسية لطب الباطني

LOT : 230875

EXP : 06/2026

PPV : 99.00DH

*x3 Ged*

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Casablanca, Le :

٢٨.٥.٢٣

Mme BOUAFOURI NAROISS

glucophage 1000 mg

1 - 0

LM V

qts

Pft 3 mds

٢٩.٥.٢٣

0 - 0

LisNofar PHARMACEUTICALS

28, Bis Rue Salomé Angle

Rue de Rome Casablanca

Tel: 05 22 85 43 95

Tel: 05 22 85 00 08

Ref: 9130000087

qts

Pft 3 mds

٢٩.٥.٢٣

0 - 0

Mediopharm

Rue 18383

BP 18383

Tel: 05 22 77 95 24 / 05 08 47 82 05

Ref: 9130000087

qts

Pft 3 mds

٢٩.٥.٢٣

1 - 0 - 0

Deltan Velip

Rue 18383

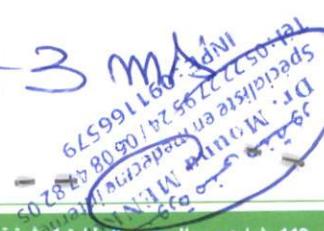
BP 18383

Tel: 05 22 77 95 24 / 05 08 47 82 05

Ref: 9130000087

qts

Pft 3 mds



~~levosyros 100 p~~  
2x10 p  
~~Levothyrox 25 µg.~~  
1x10 p

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

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

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

132,30 p  
nupiles 10 p  
1 - 0 - 0 quis pott 5 MP

7862160335

7862160336

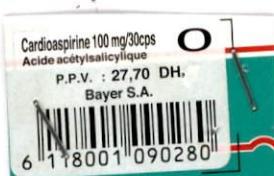
7862160337

1169,70



132,30

x3 Ged



=>x3 Ged



PHARMACIE LM V  
28  
Rue Salonique Angle  
Casablanca  
Tél: 05 28 54 39 95  
Tél: 05 20 06 07 08  
Fax: 00217913000087

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160338

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160339



PHARMACIE LM V  
28, Bis Rue Salonique Angle  
Rue de Rome Casablanca  
Tél: 05 22 85 43 95  
Tél: 05 20 06 87 98  
Fax: 00217913000087

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV: 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342