

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W21-823356

201420

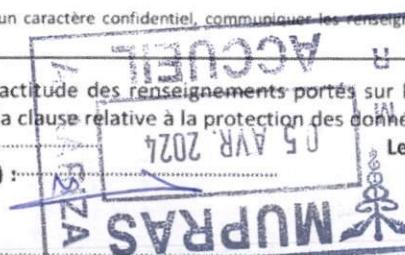
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	106677	Société :	DAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BONI H ASMA Y
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066132124 Total des frais engagés :			
A 215,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	23/03/24		
Nom et prénom du malade :	POUILLIT ASMAA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Inhalation / asthme		
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) : 



VOLET ADHERENT

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
23/03/20 CS		300 DT		DR Moutoué Spécialiste en médecine générale Tél: 05 22 27 01 24 / 06 08 10 11 SPECIALE 160 256 220 10 10 N° 02 09 160 256 220 10 10
24/03/20 Envoi G		1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
I.M.P. 5/09/2018/9520	23-3-20	23.10
(Signature)	28/3/2020	1395.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

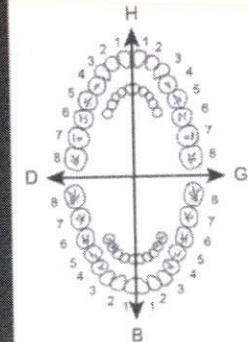
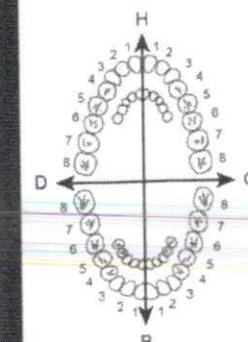
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	SOINS	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	Coefficient DES TRAVAUX	
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
	D 00000000	B 00000000	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



دكتورة منى منقور
أخصائية في الطب الباطن

علم الغدد - داء السكري

أمراض الروماتيزم - الأمراض الجماعية

أمراض الشيخوخة

رصد صحي شامل

• طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
• مُؤلفة لكتاب "الذكاء الاصطناعي في العلاج النفسي" (الطبعة الثانية)

طبية سابقاً بالمستشفي الجامعي إبراهيم العجمي

عضو بالجمعية المغربية لطب الباطني

عضو بالجمعية المرسية لطبع المخطوب

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

مير للتاريخ الفحص
Casablanca, Le : 23/03/2024

23/03/2024

MME BOUIH ASMAA

- taraxet 25 - Comprimé**
1/2 Comprimé, soir, pendant 10 jours

الدكتورة منيرة منكور
Dr. Mourad MANKOR
Spécialiste en médecine interne
Tel: 05 22 27 95 21 / 05 08 47 82 05
INPE: 01166579

23, 10
AJDRELL
M 9 RESIDU-SMS PARIS
UARTEIR D'EUROPALE, RUE
PH


t N° 27 - Casablanca - t. n. "t. n. 27-11-4-11" - p. 142

95 24 / Whatsapp : 06 08 47 8
mouammaneky@hotmail.com

D r 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 الشيخوخة

رصد صحي شامل

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني

عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Casablanca, Le : 27/03/2024

MME BOUIH ASMAA

$$390,00 \times 3 = 1170,00$$

- Galvus met 50 mg/1000 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 3 mois
 $74,80 \times 2 = 149,60$
- Sepcen 500 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 7 jours
 $75,50$
- Xyzal 5 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 15 jours

NS

RS

AG

✓ 39510
AJOR ELLE
N9 RESID. SNS
URATIER 0522279100
Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne
Tél. : 0522 27 95 24 / WhatsApp : 06 08 47 82 05
E-mail : mounamenkor@hotmail.com

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص ملغ على 50 ملغ من فلدغليتين و 00

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



60 Comprimés pelliculés

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص ملغ على 50 ملغ من فلدغليتين و 00

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



60 Comprimés pelliculés

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص ملغ على 50 ملغ من فلدغليتين و 00

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



60 Comprimés pelliculés