

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 factures des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Les ordonnances émises à l'étranger, en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur.

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 une fois par an.

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) *205*

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *El Bachir Daïs*

Date de naissance : *17.03.1952*

Adresse : *Route D'Ajrouz - Residence Datta*

Tél. : *0661167593* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr Mouna MTK (R)
Spécialiste en médecine interne
Tél: 05 22 27 95 24 - 06 08 47 82 05
NIP: 091166579*

Date de consultation : *28.03.2024*

Nom et prénom du malade : *El Bachir Daïs*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Maladie de l'appareil digestif*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *HHTA*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *maladie de l'appareil digestif*

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 : / / *103/04/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *E. Daïs*

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
28/03/2015	CS		A	Signature et cachet du Médecin

Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Aides Sociales

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/2024	1038.10

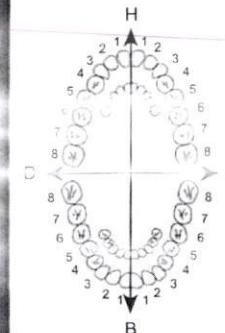
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

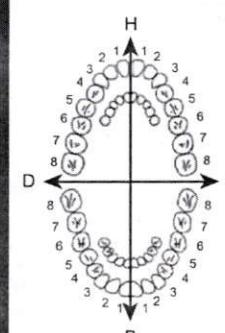
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Montant des
Honoraire

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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 Mouna MÉNKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منكور
اختصاصية في الطب الباطني

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

علم المغدد - داء السكري

أمراض الروماتيزم - الأمراض الجماعية

أمراض الشيخوخة

مصدحي شامل

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بتنولوز (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 : 28/03/2024

MME DA SILVA SOARES REGINA MARIA

114.10x3
• Crestor 5 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, soir, après les repas, pendant 3 mois

131.40x3
• Levothyrox 50µg - comprimé sécable
1 Comprimé, matin, au réveil, pendant 3 mois

6.80x3
• Levothyrox 25 µg - comprimé sécable
1 Comprimé, matin, au réveil, pendant 3 mois

121.70x3
• Atacand 8 mg - comprimé sécable
1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 3 mois

134.80
• Levamox 1 g/ 125 mg - comprimé effervescents
1 Comprimé, matin, soir, pendant 7 jours

35.70
• Alpraz 05 mg - comprimé
1/2 Comprimé, pendant 1 mois

121.70x3
• Cardioaspirine 100 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

6.11038.10
• ReLax 100 mg - comprimé



Cardioaspirine 100 mg/30 cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280



119, Bd Abdelmoumen, 1^{er} étage, Appt N° 27 - Casablanca

Tél. : 0522 27 95 24 / WhatsApp

E-mail : mounamenkor@outlook.com



Barcode for the third box of Cardioaspirine 100 mg/30cps.



LOT 231724 1

EXP 05 2026

PPV 35.70

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

El Bazi Nai

Matricule :

2055

N° CIN :

Adresse :

Route D'Arenour - Perinence Doha - N° 26 Qassabha

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant
Partie réservée au médecin traitant

Spécialité :

N° INPE : 091166579

INPE : 091166579
Tél: 05 22 27 95 24 / 06 08 47 82 05
Spécialiste en médecine interne

N° ICE : DR. MOUNA MENNOR

Certifie que Mlle, Mme, M. : TAHLIA SOARES REGINA Maud

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

- Hypothyroïdie
- Hypertension artérielle, dyslipidémie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

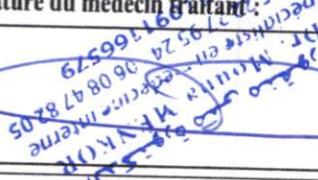
- Ustekin
- Atacand
- Levothyrox

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Côte le 30/03/26

Cachet et signature du médecin traitant


 INPE: 091166579
 Spécialiste en médecine interne


 PHARMACIE SIDI OULD IDRA
 01/04/26 30/03/26 01/04/26
 6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH
 7862160336


 PHARMACIE SIDI OULD IDRA
 01/04/26 30/03/26 01/04/26
 6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH
 7862160336

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées


 6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH
 7862160335


 6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH
 7862160335


 6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH
 7862160336


 6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH
 7862160335

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

SYNTHEMEDIC

22 rue soukair bnou al souam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21/NRQ P.P.V : 127,70 DH

6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bnou al souam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21/NRQ P.P.V : 127,70 DH

6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bnou al souam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21/NRQ P.P.V : 127,70 DH

6 118001 020539