

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.
- les achats des médicaments 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier da l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-848183

203547

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9101

Société : Casa Aero S.A

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAMRANE Abdel-Ilah

Date de naissance : 17-02-1965

Adresse : Habituée

Tél. : 0661318825

Total des frais engagés : 289,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة منى منقور
Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en médecine interne
Tél : 05 22 27 95 74 / 06 08 47 82 05
INPE : 091166579

Date de consultation : 19/02/24

Nom et prénom du malade : ZAMRANE Abdel-Ilah

Age : 59

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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.

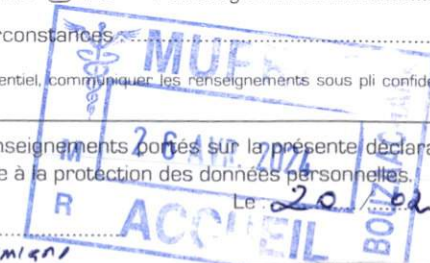
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 20/02/24

Signature de l'adhérent(e) :

AMIR



PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
19/02/20	CS		A	

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

D^r V. M. ...
Specialiste en médecine interne
Tél : 05 22 27 95 24 - 06 08 47 82 05
INPE : 091 166571

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

19-02-24

289,00

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

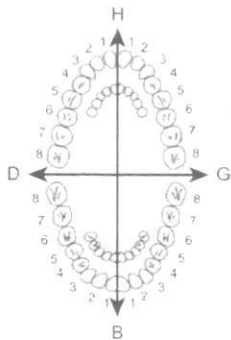
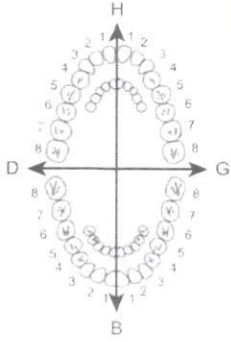
Montant détaillé
des Honoraires

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
					<input type="text"/>																						
					MONTANTS DES SOINS																						
					<input type="text"/>																						
					DEBUT D'EXECUTION																						
					<input type="text"/>																						
					FIN D'EXECUTION																						
					<input type="text"/>																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			B	00000000	35533411	00000000	11433553	<input type="text"/>						
	H		G																								
	25533412	00000000	21433552	00000000																							
	D			B																							
	00000000	35533411	00000000	11433553																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																									
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																										
				<input type="text"/>																							
				DATE DU DEVIS																							
				<input type="text"/>																							
				DATE DE L'EXECUTION																							
				<input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

Montant des
HonorairesCOEFFICIENT
DES TRAVAUX

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. The top of the arch is labeled 'H', the left side is labeled 'D', and the bottom is labeled 'B'.

MONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'B' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards. The piers are arranged in a semi-circle, with the central pier at the top and the side piers at the bottom. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards. The piers are arranged in a semi-circle, with the central pier at the top and the side piers at the bottom.

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des
Honoraires

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

الدكتورة منى منقور
إختصاصية في الطب الباطني

علم الغدد - داء السكري
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجمعو
أمراض الشيخوخة
رصد صحي شامل
طبيبة سابقا بالمستشفى - أ-
طبيبة سابقا بالم

AXIMYCINE® 24 comprimés dispersibles
PPV 96DH60 LOT 2D0052
EXP 01/2025

بر لتاريخ الفحص

Casablanca, Le :

19/02/24.

ZMIRANE Abdeljalil

96,20
64,10

AXIMYCINE 19

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 330493
EXP 06/2025

82,10
46,00

EUGL 20 p

1 - 0 - 1 avant ptt 19

LOT : 5980
PER : 12/25
PPV : 82DH10

Total 289,00 DH

الدكتورة منى منقور
Mouna MENKOR
Médecin en médecine interne
N° 22 27 95 24 / 06 08 47 82 05
INPE : 091 166 572

LOT : 4571
PER : 05/26
PPV : 46DH00

PHARMACIE TAJ NOUACEUR
Dr. Souad BOUZANGAD
Rés. Taj Living G15A, Jbn.
G2, Médina 2025 - Nouaceur
TEL : 0520 64 44 22