

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.

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) 22110 | | | |
| Matricule : | 1530 | Société : | Ram RETRAITÉ |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Hassan MANANE | | | |
| Date de naissance : 15 mai 1951 | | | |
| Adresse : 32, Rue Dr B.B. SYLVESTRE CASABLANCA | | | |
| Tél. : | 0661464641 | Total des frais engagés : | Dhs |

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | دكتورة منى منكور Dr. Mouna MENKOR Spécialiste en Médecine Interne 110 Bd Abdelloumen, 4ème Etage Apt. N°27 Tel: 0522 06 24 Urgence: 05 22 34 37 60 | | |
| Date de consultation : | 23/01/2020 | | |
| Nom et prénom du malade : | MANANE Hassan Age: | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Ticket + MUPRAS | | |
| 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 : | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL / 25 FFV. 2020 | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>ANNE BINT NASSER Znab PHARMACIE EL MANSOUR 83-85 Bd Yacoub El Mansour Casablanca</i> | <i>23/01/2022</i> | <i>925,00</i> |

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 | INP : <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|--|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">D</td> <td style="text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | D | G | | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna MENKOR

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 الغدد - داء السكري

أمراض الروماتيزم - الأمراض الجماعية

أمراض الشيخوخة

رصد صحي شامل

طبيبة سابقاً بالمستشفی الجامعی بتولوز (فرنسا)

طبيبة سابقاً بالمستشفی الجامعی ابن رشد (الدار البيضاء)

عضو بالجمعیة المغربية للطب الباطنی

عضو بالجمعیة الفرانسیسة للطب الباطنی

Casablanca, Le :

23/01/20

M². MOUNA MENKOR

Habana

24. 40x2



6,80x3

leustexos drp

10. 40x3

Herfumini 500 p

2x53,00



2x95,00

Ipp do p

adukt

3x106,20

Hytaconid p

Pharmacie YACOUB EL Mansour
Mme ZINEB BENNIS
63-65, Bd Yacoub El Mansour
Tél: 022 25 57 04 Casablanca

pdt
3 ml

الدكتورة منى منكور
Dr. Mouna MENKOR
Specialist en Médecine Interne
Casablanca, 06 étage Appt N°27
Téléphone : 0661 34 97 60

119, Bd Abdelmoumen, 4^{eme} étage, Appt N° 27 - Casablanca شارع عبد الصومان، الطابق 4، شقة 27 - الدار البيضاء

Tél. : 0522 27 95 24 / 08 08 30 48 40 / 06 78 47 23 86

Urgence : 0661 34 97 60 - E-mail : mounamenkor@hotmail.com



SYNTHEMEDIC
12 rue souhair benn al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V. : 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
12 rue souhair benn al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V. : 176,20 DH
6 118001 020898



SYNTHEMEDIC
12 rue souhair benn al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V. : 176,20 DH
6 118001 020898

Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PP.V. : 6,80 DH

7862160335

Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PP.V. : 24,40 DH

7862160342

Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PP.V. : 6,80 DH

7862160335

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V. : 10DH40

7862160342

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V. : 10DH40

7862160322

IPP®
Oméprazole 20 mg
Boîte de 28 gélules
PP.V. : 95,00 DH

6 118000 191049

IPP®
Oméprazole 20 mg
Boîte de 28 gélules
PP.V. : 95,00 DH

6 118000 191049

Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PP.V. : 6,80 DH

7862160335

Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PP.V. : 24,40 DH

7862160342

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V. : 10DH40

7862160321

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V. : 10DH40

6 118000 062127