

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-558277

69443

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rejointe

Nom & Prénom : El Bazi Said

Date de naissance : 17-03-52

Adresse : Route D'Azerjoul - ROND ROU, n° 26

Tél. : 0522391697 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SOARES DASILVA REGINA MARIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ~~Maladie chronique~~

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 24 / 04 / 2021



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 de l'Horizon

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

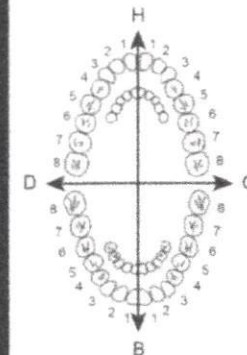
INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

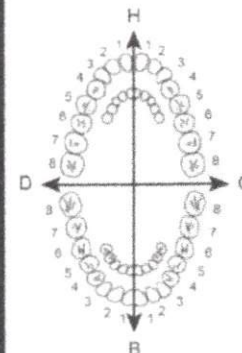
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منقور
إختصاصية 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 الجموعية
أمراض الشيخوخة
رصد صحي شامل

- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le :

11/02/21.

M^{me} Regina Maria SOARES
DA SILVA

ECBU + autohème

الدكتورة منى منقور
Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd. Abdelmoumen, 4^{ème} Etg. Appt N° 27
Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 60



119, Bd Abdelmoumen, 4^{ème} étage, Appt N° 27 - Casablanca شارع عبد المومن الطينة 4، شقة 27 - الدار البيضاء

Tél. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

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



مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI
Biologiste Diplômé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand

FACTURE N° : 2102242028

Casablanca le 24-02-2021

Mme Regina Maria SOARES DA SILVA (Ep EL BAZI)

Date de l'examen : 24-02-2021

INPE :



Caisse : **MUPRAS**

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9106	Forfait traitement autre échantillon	B5	B
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B

TOTAL DOSSIER : 100 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams





S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 21-05-1955, âgé (e) de : 65 ans
Enregistré le: 24-02-2021 à 10:29
Edité le: 25-02-2021 à 10:27
Prélèvement : reçu
Le : 24-02-2021 à 10:31

Mme Regina Maria SOARES DA
SILVA (Ep EL BAZI)

Référence : 2102242028

Prescrit par : Dr MENKOR MOUNA

BACTERIOLOGIE

Examen cyto bactériologique des urines

Recueil 2ème jet
Aspect Clair, jaune

Recherche biochimique (Labstix)

pH	6.0	(6.0-7.5)	09-02-2021 6.5
Sucre	Négatif		
Proteines	Négatif		
Sang	Négatif		
Nitrites	Négatif		

Examen à l'état frais

Leucocytes	3 / mm3	(<10)	9 100
	3 000 / ml	(<10 000)	9 100 000
Hématies	4 / mm3	(<5)	17
	4 000 / ml	(<5 000)	17 000

Cellules épithéliales	Rares
Cellules vésicales	Absence
Cellules rénales	Absence
Cylindres	Absence
cristaux	Absence
Parasites	Absence

Examen bactériologique

Coloration de Gram	Examen direct négatif
Cultures	Stériles

