

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

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° P19- 052603

85334

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9616 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KANHA SAID

Date de naissance :

Adresse : 14 AVORAMAH BLOK N° 21-IM T BARNHOUSE

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/07/2021

Nom et prénom du malade : FLARQUAY Samia Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite rhumatoïde Alopécie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
LO SEP 2021

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) : .....  
LO SEP 2021

### 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
07/07/21	CS		300 Dtt	<i>Dr. MOUSSA N. M. N. O. 21 Spécialiste en Médecine Interne et Addictologue 4ème Etg. App. 21 19 Bd Abdellatif Ben Badis 22 27 95 Urgence: 33 61 31 15</i>
07/07/21	Ent. Co	u		<i>Dr. MOUSSA N. M. N. O. 21 Spécialiste en Médecine Interne et Addictologue 4ème Etg. App. 21 19 Bd Abdellatif Ben Badis 22 27 95 Urgence: 33 61 31 15</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HASSEN</i>	21-07-21	127.60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
</				

# Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منقور  
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 بالمستشفى الجامعي بنحولوز (فرنسا)

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني

عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

22.80

Casablanca, Le : 15/07/21



Mme EL ARDIAH Samia

2021-2022  
Res. 20640 03  
Farmacie  
Institut Pasteur  
Rés. 20640 03

22.80 x 2  
~~Entanaf 5%~~

1 - 0 - 0 82.00 pdt 3 mts

82.00  
~~Iodox 200 1% pdt~~  
1 - 0 - 0 82.00

82.00

Mestoterate dr  
l'ampholle / semoule

en sic pdt  
3 mts

ACFOL 5%  
2 fois / semaine pdt 3 mts

119, Bd Abdelmonmen, 4<sup>ème</sup> étage, App. N° 27 - Casablanca - شقة 27 - الدار البيضاء

Tel. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

127.60

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

Peñagüine punto

1R9d02/J PDT-10-

الكتورة منى منصور  
101. El Hamra 10000 GR  
Spécialiste en hystérogynologie  
119 Bd. Al demouchen 46000 Elg. App. n° 27  
Tél. 05 22 27 85 24 Urgence: 06 61 34 97 00