

## 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.

#### Diagnostique 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.

#### Reéducation :

- 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.

#### Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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 personnelles.

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066483

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société : AA 0016  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENTAHILA HAKIM  
Date de naissance : 20/01/1961  
Adresse : 25 RES ENNAJID Apt 265 AV STENAMAL CASA  
Tél. : 0661181663 Total des frais engagés : 2638,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

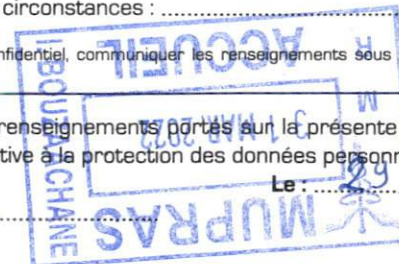
Dr. Mouna M. EL MOR  
Spécialiste en Médecine Interne  
119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Appt. N°27  
Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 80

Date de consultation : 29/03/2022  
Nom et prénom du malade : BENHAYOUN NADOU AL Age: 61  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Betiger / Uvert  
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 : 29/03/2022  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
29/03/22	C		3000	Dr. Mounir M. M. Spécialiste en Médecine Interne Aopt. N° 21 119 Rd. Aldeimoumen 4ème Etage. Tél. 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 68

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Slimane Cite Plateau - CASA 17 05 22 99 64 17	29/03/22	2338,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l'OD

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



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

Casablanca, Le : 29/03/22

BENHA YUN NISWAL

Imunel 100 p

1 - 0 - 1 que palt 2

bolcurine p

1 - 0 - 0 que palt 1

45.80 x 3 / 137.40

Entanuyel 200 p

1 - 0 - 0 que palt 1

1 - 0 - 0 que palt 1

314.00 x 2 / 628.00

Xarelto 200 p

125.80 - 0 - 0 que palt 3

في منقور  
الطب الباطني

داء السكري  
الأمراض الجموعية  
شيخوخة  
ي شامل  
الجامعي بتولوز (فرنسا)  
الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
للطب الباطني  
للطب الباطني

PHARMACIE ACHKAT

Dr. Slimane Slimane

Rés. Annaji - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA  
Tél.: 05 22 98 97 53 - Fax : 05 22 99 64 17

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
14 cps

P.P.V : 314,00 DH  
Bayer S.A.



XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
14 cps

P.P.V : 314,00 DH  
Bayer S.A.



XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.



XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.



45,80

45,80

45,80

119, Bd Abdelmoumen, 4ème étage, Appt N° 27 - Casablanca البيضاء 27 شقة 27

Tél. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

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



laticrisp

42,20 x 2 / 84,40

28,80 x 8 / 230,40

vitaneuil but p

2 - 0 - 2 que Ad

42,20

42,20



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

2336,20

PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA  
Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 17

28,80

28,80

28,80

28,80

28,80

28,80

28,80

29,80