

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 canalaire, 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 canalaire.

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° C9-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère personnel.

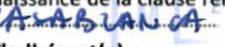
Nº W21-698611

120283

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6218	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENTAHILA HAKIM	
Date de naissance :		20/01/61	
Adresse :		25 RES ENNAJD Apt 261 AV STENAHAL CASA	
Tél. :		0661181663	
		Total des frais engagés : 1783,80 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A.A-215/2019

Cadre réservé au Médecin:	
Cachet du médecin :	
 Dr. Mouna MENKOU Spécialiste en Médecine Interne 19 Bd Abdelloumen 4ème Etage pt. N°27 tel. 03 22 27 95 21 - Urgence: 06 61 34 97 00	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Jeune Belcior
Nature de la maladie :	
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 :  Le : 01/06/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
01/06/22	CS		300 DT	INP : 091660119 Médecin : MESSAOUI Mohamed Signature : MESSAOUI Mohamed Date : 06/06/2022 Lieu : Clinique 4ème Etage Annexe Urgence : 06 61 34 97 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	PHARMACIE ACHRAF Montant de la Facture Dr. Simane Simane
PHARMACIE ACHRAF Dr. Simane Simane s. Annajd - Bd Anwar - Ché Plateau - CASA tél : 05 22 98 97 63 - fax : 05 22 99 64	01/06/22	Rés. Annajd - Bd Annal - Ché Plateau - CASA Tél : 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 98 64 97
INPE:092001452		1407.80

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	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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				<input type="text"/>
	H $\begin{array}{r cc} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

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 :

01/06/22

BEN HAYOUN

ور
ي

ب(فرنسا)
(الدار البيضاء)

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
 Boîte de 100
 AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
 PPV : 294,00 DH
 Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
 Sous licence des laboratoires ASPEN
 6 118001 071456

عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني.

PHARMACIE ACHRAF

Dn. Slimane Slimane

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

NOUR

294,00

Imurel 50

13,40 x 2 / 26,80

folchianie 50

Catamyx 50

Iper dennie

qns pd

13,40

13,40

le mat qns

pd 1/2 mis

الدكتورة منى منقور
Dr. Mouna MENKOR
 Spécialiste en Médecine Interne
 119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. App. 27

شارع عبد المؤمن، الطابق 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

~~28.80 x 5 / 144,00~~

Vitamine E sup

1 - 0 - 1 gélés ptt 2 MD

calcifip

1 - 0 - 0

un gél bleu
ptt 2 MD

629,00

314,00

Xarelto dop.

1 - 0 - 0

~~Dr. Mouna ACHRAF
Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd Abdellatif Ben Youssef 1000
Té. 05 22 27 92 22 - URGENCE : 05 22 99 64 17
S.V.~~

11407,80

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

PPV
LOT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

