

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-698611

120283

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA HARIM

Date de naissance : 20/01/61

Adresse : 25 RES ENNAJD Apt 261 AV STENAHAL

CASA

Tél. : 0661181663 Total des frais engagés : 1703,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : Dr. Mouna MENKOR

Date de consultation : 01/06/22

Nom et prénom du malade : BENTAHYUNABOU 61

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

Nature de la maladie : Juvénile / Bégaiement

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 : 01/06/2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>Dr. Slimane Slimane</i> ss. Annajd - Bd Annajd - Ché Plateau - CASA Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 47 INPE: 092001452	Date 01/06/22	PHARMACIE ACHRAF Montant de la Facture <i>Dr. Slimane Slimane</i> Rés. Annajd - Bd Annajd - Ché Plateau - CASA Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 47 1407,80

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

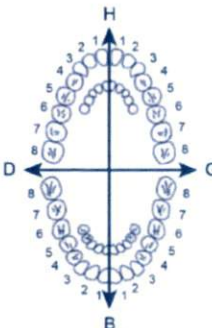
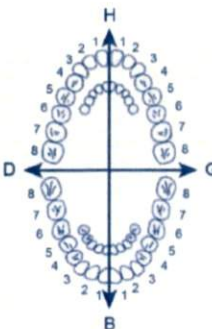
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	G		0000000	0000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	G																	
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



ور

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

بوز (فرنسا)
(الدار البيضاء)

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 48317 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN



عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le :

01/06/22

PHARMACIE ACHRAF

Dr. Slimane Slimane

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

BEN HAYUN

NISWAL

294,00

Imurel 100

13,40 x 2 / 26,80

bolchiane 100

quē po

13,40

1 - 0 - 0

quē po

13,40

Calanque 100

1 per semaine le mat quē
po 2 mds

البكتورية منى منقور
Dr. Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd Abdelmoumen 4ème Étage, Appt N° 27

119, Bd Abdelmoumen, 4ème étage, Appt N° 27 - Casablanca شارع عبد المومن، 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

Vitaminul sup

1 - 0 - 1 pres pot 2 mds S.V

latic sup

un pri / deux

629.00
314.00

scarecto dop

pot 2 mds

S.V

~~Dr. Mouna ALIKOR
Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd. Abdelkader - Algiers - Algérie
Tél.: 05 22 27 95 24 - Urgence: 05 22 27 97 33~~

11407.80

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

PPV
LOT 28,80
PER

PPV
LOT 28,80
PER

PPV
LOT 28,80
PER

PPV
LOT 28,80
PER

PPV
LOT 28,80
PER

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629.00 DH
Bayer S.A.
6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
14 cps
P.P.V : 314.00 DH
Bayer S.A.
6 118001 090792