

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 063947
120586
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :
☐ Actif / ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Sans
Nom & Prénom : H. Azzi
Date de naissance :
Adresse : Route Al Anassour
Dahs, 2012 N. Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة منى منقور
Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en médecine interne
119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Appt. N°27
Tél. 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 03

Date de consultation : 30/03/22
Nom et prénom du malade : Régine Lucia Suarezda Age: 1955
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Tumeur HPA (pharynx)
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

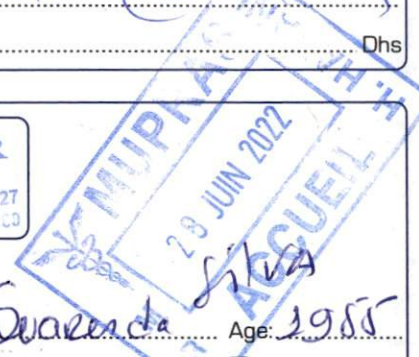
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
30/03/22	C		a	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/03/22

701.80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

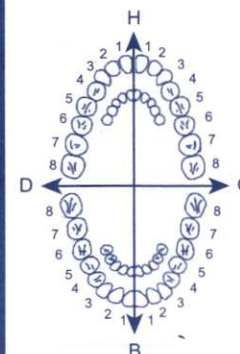
Coefficient

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)

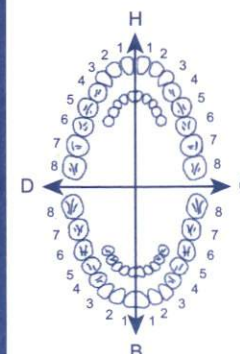
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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

- 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 :

30/03/22

REGINA DA SILVA SOARES

13.400.13

Levothyrox 50 p

6.800.13

1 - 0 - 0 à 1 palt 3 mois
Levothyrox 27 p

1 p et deux 1/2 palt 3 mois
49.60
D'une suite 10000 Amp per

1 Ampoule / mois
127.70.13

ATACAND 8 palt 3 mois
1 - 0 - 0

الدكتورة منى منقور
Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie - Urgence: 06 61 34 97 60

38,50

Neutral simp
1 cas / 5 le m
Ma
offen des b
1 - 0 - 1 que pot



0270720

LOT 212995
EXP 11 23
PPV 170.00 DH

کتورة من مية
Mouna M
spécialiste en Médecine
d. Abdelmounen 4ème Etg.
05 22 27 95 21 - Urgence

PPV 38DH50

EXP 11/2024
LOT 190317

Neutral[®]
Hydroxyde d'alumine

RE[®] FORTE
ules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 102013 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 102013 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 102013 020539

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006
Levothyrox[®] 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox[®] 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox[®] 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Dr. Mouna MENKOR Spécialiste en Médecine Interne 119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Appt. N° 21 Tél.: 05 22 97 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 63
Certifie que M ^{lle} <u>Mme</u> M:	<u>Regina Lucia Soares da Silva</u> <u>Apense El Bazi</u>
Présente	<u>Thyroïde / HTA</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<u>3 mois</u>
Dont ci-joint l'ordonnance	
(A défaut noter le traitement prescrit)	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76