

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº M21- 063947

120586

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :
FZ Bazi

Date de naissance :
20/03/22

Adresse :
Route Al Moumoune
Paris, Dz 26 Cancale

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 21 55 24 - Urgence: 06 05 33 97 00

Date de consultation : 30/03/22

Nom et prénom du malade : Régine Farida Soukaina Age: 1985

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :
Tayyaba ITMA (Allergiste)

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) :

.....

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
30/03/22	CS			<i>(Handwritten signatures and stamp)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Handwritten signature and stamp)</i>	30/03/2022	301.80

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 00000000			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

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 الشبيخوخة

رصد صحي شامل

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني

عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le : 30/03/22

REGINA ROSA SILVA SOARES

13.03.23

les séjours sont finis

1 - 0 - 0 à fin ptt 3 mois

6.03.23

les séjours sont finis

49.60

1 per diem / J ptt 3 mois

D'une fois 1000 dir per

12.03.23

1 Drap de lit 1 mois

22.03.23

ATTACAND 3 fin

1 - 0 - 0 ptt 3 mois

الدكتورة منى منقور
Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne
E-mail: mounamenkor@hotmail.com
Tél. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05
Urgence : 0661 34 97 60 - E-mail : mounamenkor@hotmail.com
N° 27 - Casablanca - شقة 27 - الطابق 4 - شارع عبد المؤمن
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca, Morocco - Urgence: 06 61 34 97 60



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 MÉNKOR
Spécialiste en Médecine Interne 119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Appart. N°21 Tél. 05 22 91 27 95 24 - Urgence: 06 81 34 97 60	
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M: Regima Faria Soares da SILVA épouse El Bazi	
Présente	Thyroïde / HTA
Nécessitant un traitement d'une durée de:	
3 mois	
Dont ci-joint l'ordonnance.....	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

Dr. Mouna MÉNKOR
Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Appart. N°21
Tél. 05 22 91 27 95 24 - Urgence: 06 81 34 97 60

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