

**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

- 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

M22- 0025761

138504

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 724 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : KASMI NOUREDDINE
Date de naissance : 01 - 01 - 1948
Adresse : Marrakech
Tél. : 06 61 29 55 40 Total des frais engagés : 2,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/09/2022
Nom et prénom du malade : KASMI NOUREDDINE Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Tumeur
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
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 11/11/22
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 Règlement des Actes
17/09/22	CS			 <p>Dr. Mouna MENTOR Spécialiste en Médecine Interne 119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Apt. N°27 Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 60</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/09/22	B + 250	250,00

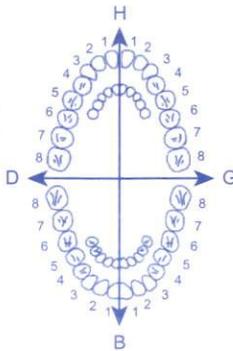
AUXILIAIRES MEDICAUX

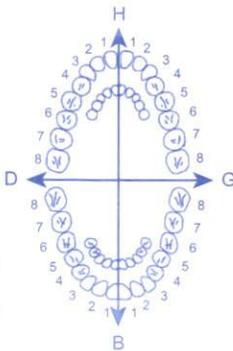
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

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 <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															
	<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 <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		(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"/>														

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

- 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

- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

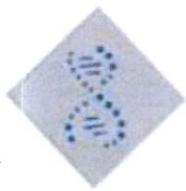
Casablanca, Le : 27/09/22

KASHI ZOURA

تسكس

الدكتورة منى منقور
DR. MOUNA MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd. Abdelmoumen 4ème Étage, Appt. N°27
Tél. : 05 22 27 95 24 - Urgence : 06 61 34 97 60





LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



Laboratoire accrédité
N°8-4189
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Dr Mouna MENKOR
Spécialité : Médecine Interne
Adresse :
Correspondant :
Edition du: 15-09-2022 à 12:45

Dossier N° : 2209150073 -
MME ZOUBIDA KASMI
Né(e) le : 01-01-1952
Prélevé : interne le 15-09-2022
à 09:35

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
<u>HORMONOLOGIE</u>			
TSHus : [*] (Sérum, Plasma EDTA ou Héparine - CMIA - ARCHITECT ABBOTT)	1.17 μ UI/ml 1.17 mIU/L	(0.35-4.94) (0.35-4.94)	

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [], il est interdit d'utiliser la marque d'accréditation du LIAB sauf reproduction intégrale du compte rendu des résultats.*

Demande validée biologiquement par : Prof IDRISSI LARBI



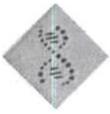
Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés : 7h30-13h00

Page 1 sur 1

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca - Maroc; **Tel :** +212(0)5 22 42 39 60/55; -GSM : 06 61 85 78 48
site web : www.liab.co.ma Email: contact@liab.ma

IF : 50367069 ; **CNSS :** 2783061 ; **Patente :** 36341724 ; **N°ICE :** 002863495000067 ; **INPE Biologiste :** 097167290 ;

Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 15-09-2022

FACTURE N° 000261334

Nom, Prénom du patient : Mme ZOUBIDA KASMI

Date de l'examen : 15-09-2022

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2209150073

Médecin demandeur : Dr Mouna MENKOR

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0163	TSH	B250	B

Total des BHN : 250

Montant total en chiffre : 250DHS

Montant Total en lettres : deux cent cinquante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; **Tel** : +212(0)5 22 42 39 60/55; **Fax** : +212(0)5 22 26 22 09 **E-mail** : contact@liab.ma **-site Web** : www.liab.co.ma
IF : 50367069 ; **CNSS** : 2783061 ; **Patente** : 36341724 ; **N°ICE** : 002863495000067 ; **INPE Biologiste** :097167290 ;
INPE laboratoire :093060846