

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 2

- 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

- 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 Langue Durée ALD et AIC

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



Déclaration de Maladie

Nº W19-463073

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |  <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>2936</u> | | Société : <u>AX0237</u> | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : <u>SENBLI Aïcha</u> | | | |
| Date de naissance : <u>14/12/57</u> | | | |
| Adresse : <u>RES ESSAADA 9 1^{er} Etage ATI 2</u> | | | |
| <u>BD IBN SINA - CASA</u> | | | |
| Tél. : <u>066 812 32 85</u> | | | Total des frais engagés : <u>18</u> Dhs |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
|  | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : M. M. Sembli Aissa | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : Affection ns RL | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04 AOUT 2023 | |
| 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 :....

Signature de l'adhérent(e) :

Digitized by srujanika@gmail.com

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/05/23 | 51 | | 3.000,00 DH | INP : INPE 09103365 Dr. EL MANSOURI Médecin Spécialiste en Radiologie Chirurgie Générale et Endocrinienne Rue Goulimina - 1er étage Bougogne 22 20 21 00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Dr. MEN. 11 Bd. de Sidi Bouzid 20000 Sfax TUNISIA | 31/05/23 | 807,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

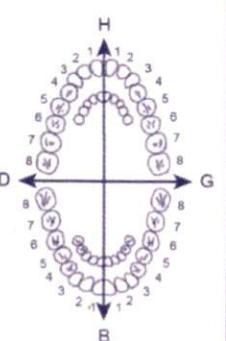
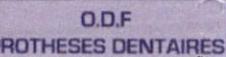
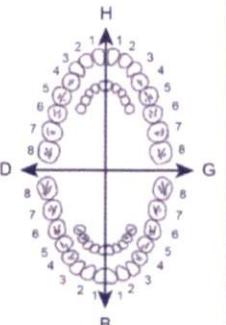
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| P | |

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAILX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges

Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL

Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة الأذن، الأنف والحنجرة
و جراحة الوجه والعنق

تشخيص الدوخة، الطنين و نقص السمع
التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية
طبية إختصاصية سابقاً بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le

31/05/2023

الدار البيضاء،

Sen bla Aicha

Pharmacie MENJRA
Dr. MANSOURI Imane
Rue Goulimina - Casablanca - 10000
Tél. 05 22 89 50 05

1) Nootropyl

cp (N: 2)

S.V

4

1cp x 8lj

pdt 8 mois

2) Androdes 5 mg (N: 4)

S.V

1cp 1j le 5 an pdt 4 mois

3) Androdes 20 mg (B 56)

S.V

22,70

1gel 1j avant repas

4) Bay catene pdt

S.V

13,40 x 3

1APP x 2 1j pdt

5) levothyrox 50 ug

1cp 1j (N: 5)

6,80 x 3

6) levothyrox 85

1cp 1j (N: 5)

رخصة كلية طب طرابلس الأولى الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulimina - 1^{er} Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني : mansouriorl@gmail.com - الهاتف/الفاكس : 05 22 20 21 00

T = 807,30

Lorodes® 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



6 118000 331438

Lorodes® 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles

6 118000 331438

Lorodes® 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles

6 118000 331438

Lorodes® 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles

6 118000 331438

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT 222553

EXP 08 2026

PPV 134.80

LOT 222476
EXP 07 2026
PPV 134.80



صيدلية المنجرا

Pharmacie MENJRA

Dr. MENJRA Samir

16, Angle Bd. Hassan Sinaâ Rue 4
HayHassan - Casablanca

Tél. : 05 22 80 50 05



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160335



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

7862160335



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

7862160335