

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2055

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

El Bazi Said

Date de naissance :

17-03-52

Adresse :

Tél. : 065167593

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mounia MENCHOR
Spécialiste en médecine interne
Tel: 05 22 27 95 24 / 05 08 47 82 05
IMPS: 091166579

Date de consultation :

13/09/23

Nom et prénom du malade :

Regina SOARES DA SILVA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thyroid dysfonction/ HTA

HTA/ Hypertension/ Auto

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.

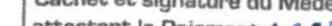
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e)

Le :

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
13/09/23 CS			300 DH	INP : INPE-091166579  
				
				
				
				
				
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 10	13.09.2023	1756,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

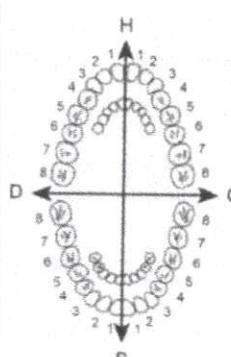
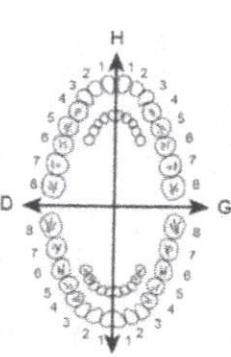
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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		
		H		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		25533412 21433552		
		00000000 00000000		
	D			
		00000000 00000000		
		35533411 11433553		
	B			
		G		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction]		
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منكور
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 الشيخوخة

رصد صحي شامل

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)

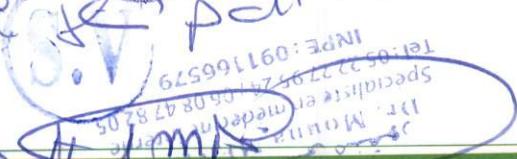
طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني

عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le :

13/09/23



119, Bd Abdelloumen, 4^{me} étage, Appt N° 27 - Casablanca - الدار البيضاء

Tél. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

Urgence : 0661 34 97 60 - E-mail : mounamenkor@hotmail.com

PPV
LOT
PER

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

STRUCTUM 500
PPV 222,00 DH
LOT S.V.
PER 28,80 DH

VITAMIN C 500 mg
PPV 28,80 DH
LOT S.V.
PER 28,80 DH

AMMOSIL 100 mg
PPV 55,00 DH
LOT S.V.
PER 22,75 DH

MUSKOL 100 mg PECTRYL 500 mg
PPV 53,40 DH
LOT S.V.
PER 31,75 DH

NAAXIA 5 ml
PPV 53,40 DH
LOT S.V.
PER 31,75 DH

VOLTAREN 100 mg
PPV 51,30 DH
LOT S.V.
PER 22,65 DH

VOLTARENENE 100 mg
PPV 60,10 DH
LOT M0671
EXP: 06/2025
PER 22,65 DH

100 mg
PPV 22DH70
LOT 20032 3
EXP 11/2025

VENTOLINE 100 mcg
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
PPV 45,30 DH

T2 1756,00

بـنـفـرـتـا
عـنـطـرـا
30
PPV
LOT
PER

PPV : 55,00 DH
LOT : 651312
PER : 11/24



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *El Bazi Saïd*

Matricule : *2055* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en médecine interne

N° ICE : Tél: 05 22 27 95 24 / 05 08 47 82 05
INPE: 09116579

Spécialité :

N° INPE : *INPE: 09116579*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Hélima Naria Javas Da solva*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

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

7862160335

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*-dyshyperthyroïdie HTA
-hypothyroïdie levothyrox*

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH

6 118001 183104

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

7862160336

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*nestin
verduzprimo
levothyrox*

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH

6 118001 183104

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benn al souam roches
noires casablanca
ATACAND

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

6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
6 118001 183104

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benn al souam roches
noires casablanca
ATACAND

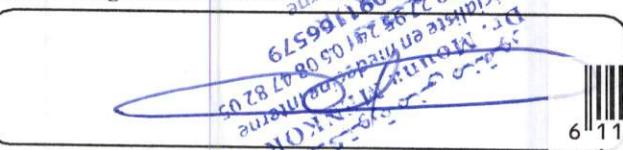
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/6 DMP/21/NRQ P.P.V. : 127,70 DH

6 118001 020539

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : *le 13/05/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère perso

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

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benn al souam roches
noires casablanca
ATACAND

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

6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
6 118001 183104

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benn al souam roches
noires casablanca
ATACAND

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

6 118001 020539

Center d'affaire Allal Ben
Tél. : 0522-20-45-45 / 0

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

1 Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca
78-18 – Site web : www.mupras.com - Email : pcc@mupras.com

7862160336