

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-803119

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Bazz Said

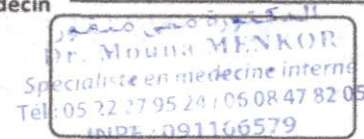
Date de naissance : 17-03-52

Adresse : A 81835

Tél. : 066167593 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/09/23

Nom et prénom du malade : Regina SOARES DA SILVA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Thyroïde / dysfonction / HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Route

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/09/23	G		300 DA	INPE: 09116657 Dr. Mohamed M. KOKRI Spécialiste en Maladies Internes 0277952185 / 0473205

23/09/23 CS	300 Nt	INP: INPE: 09116657 Dr. Mariana HENKOR Specialiste de cardiologie interne 522.77.9524 / 522.47.8205 091166579
-------------	--------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.09.2023	1756,00

1756, w

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 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

Casablanca, Le :

13/09/23

Regina SOARUA

Westa 5p

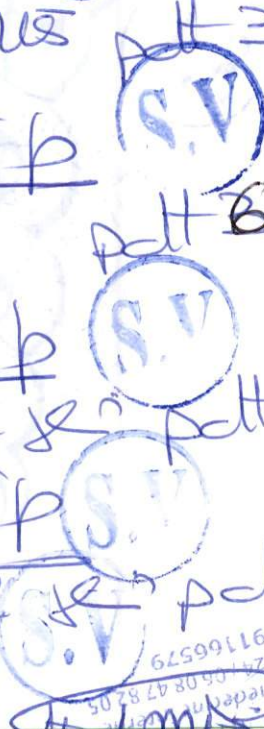


Al-acmed 8p

Levaslyon 80p

Levaslyon 21p

UAVISON 6ip



structure
 222,00
 Vitamine
 29,80
 55,00
 Amoxicil
 22,70
 53,70
 Nao
 51,30
 Voltarene
 69,00
 45,30
 Vento
 T2 1756,00

**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

Spécialité :

N° ICE : *Tél: 05 22 27 95 24 / 03 08 47 82 05*
INPE: 091166579

N° INPE : *675991160-3JN1*
INPE: 091166579

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Hajira Maria Joana Da Silva*

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

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

dysfonctionnement HTA
- hypotension

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

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

crestor
levothyrox

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casablanca* le *03/09/23*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en médecine interne
Tél: 05 22 27 95 24 / 03 08 47 82 05
INPE: 091166579

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

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

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

qualité des informations communiquées

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

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

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539