

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

- 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

RAJ/12

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010882

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8980 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEINOR KICLAM Date de naissance : 07/07/71

Adresse : Rés Doha - Villa 1 - Bd Abdellah Ben Abdellah - An Fas - Casablanca

Tél. : 06 614 2945 Total des frais engagés : 276,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Monia MFTAOUR
Spécialiste en médecine interne
Tel: 05 22 27 95 24 - 06 08 47 82 05
Fax: 091 666 579

Date de consultation : 08/01/24

Nom et prénom du malade : MEINOR KICLAM Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

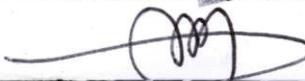
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/01/24



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 08/01/2012 | CS | | 0 | 0 |
| | | | | 0 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 08.01.24 | 276,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{r}
 & H \\
 \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 35533411 \end{array} & \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 11433553 \end{array} \\
 D & C
 \end{array}$$

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction around each quadrant.

(Création, remont, adjonction)

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 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 صحبي 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

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

08/10/24

Casablanca, Le :

MENKOR bicham

47,20x2



Trimedat SP

74,00

levalbuterol SP

54,00x2

Duspatalin 200 mg

1 - 1 - 1 qds pdt 10

276,40

الدكتورة منى منكور
Spécialiste en médecine interne
Tél: 05 22 27 95 24 / 06 08 47 82 05
INPE: 091166579

LOT: 22E002
PER: 09/2024

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V: 54DH00
6 118000 010531

LOT: 22E004
PER: 03/2025

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V: 54DH00
6 118000 010531

Trimedat®

150 mg

Trimébutine maléate

LOT : 6456
UT. AV : 01-26
P.P.V : 47 DH 20

20 gélules

Voie orale

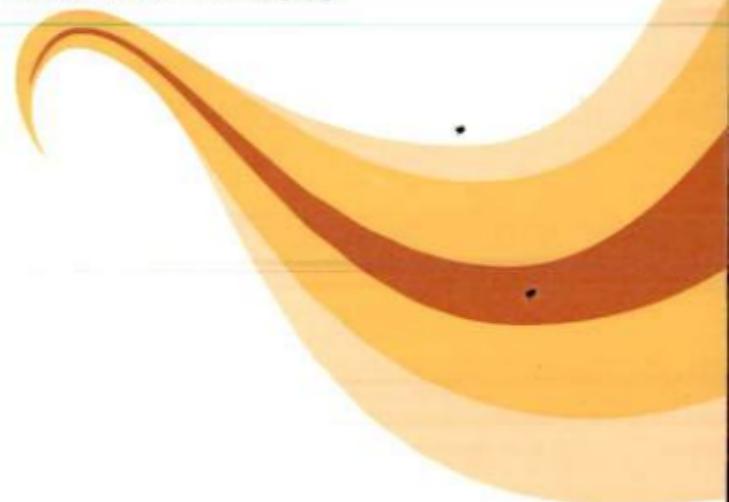
PHARMA 5

Trimedat®

150 mg

Trimébutine maléate

LOT : 6528
UT. AV : 01-27
P.P.V : 47 DH 20



20 gélules

Voie orale

PHARMA 5

LOT: 118

EXP: 01-2026

Laboratoire Sotherma
CARBOSYLANE

Boîte de 96 gélules (48 doses)

PPV 74.00 DH



6 118001 070893