

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 724 Société : RAM 1

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KASMI Noureddine

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : Janakch OP BENAFSAT AV. DEL VI

N° 87

Tél. : 06 61 29 55 40 Total des frais engagés : 898,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

الدكتورة منى منكور
Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en médecine Interne
118 Bd. Abdelmoumen, 6ème Etage App. N°27
Tél. 0522 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 60

Date de consultation : 06/10/19

Nom et prénom du malade : KASTI ZOUFSADA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gmaïdha + thymide

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 : 09/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

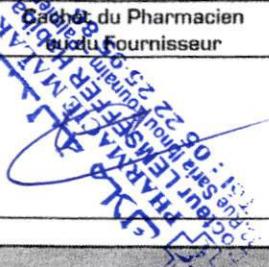


ACCUEIL

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
06/09/19 CS			300 D.F.	INP : 091166349  Dr. Moussa Menkour Spécialiste de la Médecine Interne 118 Bd. Abdelmoumen, 1000 El Jadida Tél: 0522 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/19	598.80

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

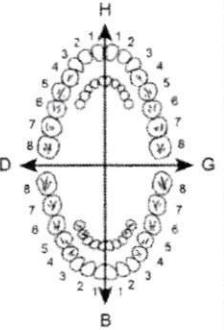
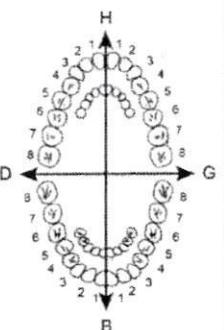
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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



الدكتورة منى منكور
اختصاصية في الطب الباطني

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 :

06/09/19

Mme KASHI

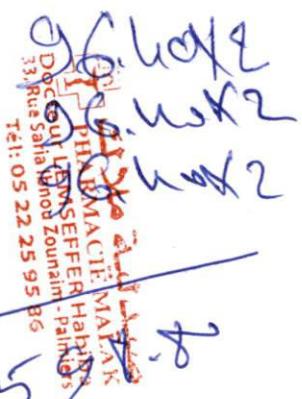
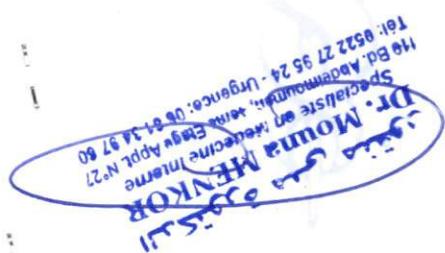
do RIMA

$$6,8 \times 3 = 20,4$$

pot 3 ml/s

levodopa 250 mg
1 - 0 - 0 8 8
pot 3 ml/s

Piastledrine 300 mg
1 - 0 - 0 8 8
pot 3 ml/s



COOPER PHARMA
PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA
PPV: 6,80 DH

COOPER PHARMA
PPV : 6,80 DH

PIASCLEDINE®300MG

Boîte de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 96,40 DH



6 118001 070732

PIASCLEDINE®300MG

Boîte de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 96,40 DH



6 118001 070732

PIASCLEDINE®300MG

Boîte de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 96,40 DH



6 118001 070732

PIASCLEDINE®300MG

Boîte de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 96,40 DH



6 118001 070732

Boîte de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 96,40 DH



6 118001 070732

PIASCLEDINE®300MG

Boîte de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 96,40 DH



6 118001 070732