

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-521776

ND: 35677

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Ref.

Nom & Prénom : El Bazi Said

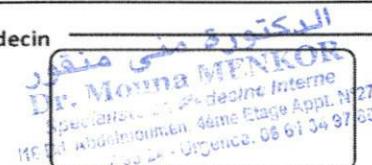
Date de naissance : 13-03-1952

Adresse : R. Azerour Regid Dotta 26

Tél. : 0522391697 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/20

Nom et prénom du malade : REGINA SOARES DA SILVA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : dyslipidémie / ulcera

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

BELEVE 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
2010-11-20	CS	6	600	INP - Interne Signature : 2010-11-20 Téléphone : 03 83 13 43 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/2020	384,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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 di

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 منقور

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 : 24/07/10

MNO REGINA SOBRES DIA SILVA

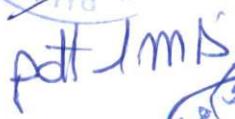
29.00x3

- TAKOR Jof
0 - 1 - 0 quis pft

31.60x2
- Rysonia gk

51.00
- TANGANIL WOF

21.0 1 - 1 - 1
- libwo pft quis



١٥ mg/ml
١٥ mg/ml

تاجانيل

LOT
PER
PPV

٣٧٦٠

LOT
PER
PPV

٣٧٦٠

Tanganil® 500 mg
تابجانيل® ٥٠٠ ملجم
30 comprimés - 30 قرص
VTE : MA - PPV : 51DH00

728860


6 118001 183340

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 260340

Laboratoires
Pfizer S.A.

Emballage scellé.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 260340

Laboratoires
Pfizer S.A.

Emballage scellé.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 260340

Laboratoires
Pfizer S.A.

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

LOT:20032 PER:03/2023
PPU: 21.00 DH