

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.

N° W19-558281

ND. 51610

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autre |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 2055 | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | Société : Reformé | |
| Nom & Prénom : Saïd El Bazi | | | |
| Date de naissance : 27-03-1952 | | | |
| Adresse : Rue D'Azergour - Renn Doha N° 26 | | | |
| Tél. : 066 116 7593 | | | |
| Total des frais engagés : | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 15/11/20 | | | |
| Nom et prénom du malade : Regina Alia BAFRES | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Foulard <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : SOT métastatique | | | |
| 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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 27.11.2020 | 349,70 |
| | 11.12.2020 | 54,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 d'explorations complémentaires.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne



نقدور
اطني

ZU mg

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

Casablanca, Le : 27/11/20

معوية

ولوز (فرنسا)
د. (الدار البيضاء)

UT. AV. :

P.P.V

103 40

5 103 40
5 103 40

LOT N° :

103,40

09366138/3

Mme. Reginne Marie SOARES

DA SILVA

24,40 x 2

levosuprox 100

1 - 0 = 0



pot 3 ml

13,40

levosuprox 100

1 - 0 = 0

1 Btl

pot 1 ml

103,40

DA KOR do po

1 - 0 = 0

1 Btl

49,80 x 2

glaucul po

1 - 0 = 0

2 Btl



119, Bd Abdeloumen, 4^{eme} étage, Appt N° 27 - Casablanca 27 - الدار البيضاء - سارع عبد المؤمن الطاطاوة - المغرب

Tél. : 0522 27 95 24 / 08 08 30 48 40 / 06 78 47 33 33

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

Profenid deep 2 Boît



84,50 - 8 - 1

Profenid® L.P. 200 mg

84,50



$\tau = 349,70$





PHARMACIE SID EL KHADIR

1367, Rue My Bouchaib Derb Jamila

Docteur en pharmacie
UCL
BELGIQUE

R.C :209632 Patente:35005980
T.V.A : C.N.S.S:2022094
Banque:BP 2121111920430001
Tél :0522.91.30.46

Le 11/12/2020

FACTURE N°1108665

N° ICE : 001680945000009

REGINA

N° IF :

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|-----|-------------------------|--------------|------------|----------|--------|
| 2 | CODOLIPRANE | 22,20 | 44,40 | 2,90 | 7,00 |
| 1 | DOLIPRANE 500 CP SIMPLE | 10,30 | 10,30 | 0,67 | 7,00 |
| | | | | | |

Two prescription tags are visible in the bottom left corner:

- One tag for Paracetamol (Paracetam) with PPV: 22DH20, PER: 10/21, LOT: 12423.
- One tag for DoliPrane 500 CP Simple with PPV: 22DH20, PER: 06/21, LOT: I11422.

A yellow prescription tag is visible in the bottom right corner:

- PPV: 10DH30
- PER: 04/23
- LOT: J1122

A circular blue stamp is visible in the center-right area:

PHARMACIE SID EL KHADIR
26 Rue Moulay Yacoub
Bouchaib Derb Jamila
My Hocine 3046
ICE 1108665

TOTAL T.T.C :

54,70

| | | | | | |
|--------------|---------------|-------|----------------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 54,70 | Montant : 3,57 | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|-------|----------------|----------------|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Quatre Dirhams et 70 centimes.

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : **DR. Mounia MENKOR**

Spécialiste en Médecine Interne

18 Bd. Abdellah Ben Abdallah, 4ème Etage App. N°27

CP. 10127 Casablanca - Maroc - Tel: 06 61 59 37 33

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Reyna Maria SOARES TOR SILVA**

Présente

Hypothyroïdie

3 mois

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage Casablanca

50 µg/j
Levothyrox® 50 µg/j
6ème Etage Casablanca

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

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH