

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 feuilles des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Les échecs des médicaments à l'échange en cas d'absence des vignettes ou codes barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 - 5ème 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-848281

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Bari Chaim

Date de naissance : 17 03 1952

Adresse : Route D'Anoua - Penence Doha

D°26

Tél : 0661167593 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 03 2024

Nom et prénom du malade : DAF HIKMA

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

Nature de la maladie : Dyslipidémie / Infection

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : HTA

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 : 03 2024

Signature de l'adhérent(e) : Le : 03 2024

09-08-2010-2023

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

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
28/03/24	CS		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/2024	1.038,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

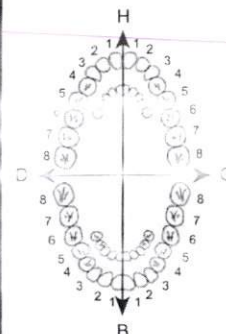
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

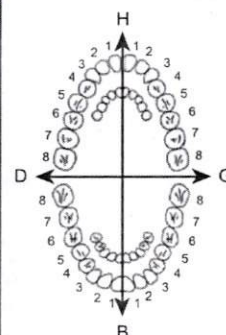
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
B		B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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 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

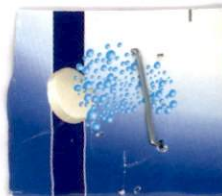
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- . عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- . عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Casablanca, Le : 28/03/2024

MME DA SILVA SOARES REGINA MARIA

- Crestor 5 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, soir, après les repas, pendant 3 mois
- Levothyrox 50µg - comprimé sécable
1 Comprimé, matin, au reveil, pendant 3 mois
- Levothyrox 25 µg - comprimé sécable
1 Comprimé, matin, au reveil, pendant 3 mois
- Atacand 8 mg - comprimé sécable
1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 3 mois
- Levamox 1 g/ 125 mg - comprimé effervescent
1 Comprimé, matin, soir, pendant 7 jours
- Alpraz 05 mg - comprimé
1/2 Comprimé, pendant 1 mois
- Cardioaspirine 100 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois



LEVAMOX[®] 12 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 134DH80
LOT 20049 2
EXP 02/2025

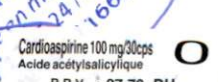
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

119, Bd Abdelmoumen, 4^{ème} étage, Appt N° 27 - Casablanca

Tél. : 0522 27 95 24 / Whatsa

E-mail : mounamenkor@outlook.com



LOT 231724 1
EXP 05 2026
PPV 35.70

**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' Oain

Matricule :

2055

N° CIN :

Adresse :

Route D'Amour - Résidence Doha - N° 25 Casablanca

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

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

Spécialité :

N° ICE :

DR. MOHAMMED MENKOR

N° INPE :

INPE: 091166579

Certifie que Mlle, Mme, M. :

DASILVA SOARES REGINA Maud

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 :

- Hypertension
- hyperlipémie artérielle, dysfonction

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Aescor
- Atacomb
- Levothyrox

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 30/03/24

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. MOHAMMED MENKOR
Spécialiste en médecine interne
INPE: 091166579
Tél: 05 22 27 95 24 / 06 08 47 82 05

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

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

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

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

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

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

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Maphar
Bd Alkima N° 6, Qi
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, Qi
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, Qi
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg Cpr séc

Bte de 30

13916 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg Cpr séc

Bte de 30

13916 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg Cpr séc

Bte de 30

13916 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH

