

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

M22- 0025761

138504

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 724 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KASMI NOUREDDINE

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Marrakech

Tél. : 06 61 29 55 40 Total des frais engagés : 2,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة منى منقور  
**Dr. Mouna MENKOR**  
Spécialiste en Médecine Interne  
119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. App. N°27  
Tél 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 60

Date de consultation : 15/09/2022

Nom et prénom du malade : KASMI NOUREDDINE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 01/11/22

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 Rattachement des Actes
17/09/22	C5			Dr. Mouna MENTOR Spécialiste en Médecine Interne 119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Apt. N°27 Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 60

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LIAB 18/09/22	18/09/22	B + 250	250,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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 منقور

إختصاصية في الطب الباطني

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

Casablanca, Le :

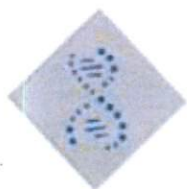
17/09/22

KASHI ZOURA

TSK

الدكتورة منى منقور  
Dr. Mouna MENKOR  
Spécialiste en Médecine Interne  
119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Appt N°27  
Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 06 61 34 97 60





# LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



Laboratoire accrédité  
N°8-4189  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

## COMPTE RENDU D'ANALYSES

**Medecin Prescripteur :** Dr Mouna MENKOR

**Spécialité :** Médecine Interne

**Adresse :**

**Correspondant :**

**Edition du:** 15-09-2022 à 12:45

**Dossier N° :** 2209150073 -

**MME ZOUBIDA KASMI**

**Né(e) le :** 01-01-1952

**Prélevé :** interne le 15-09-2022

à 09:35

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

### HORMONOLOGIE

**TSHus : [\*]**

(Sérum, Plasma EDTA ou Héparine - CMIA - ARCHITECT ABBOTT)

1.17  $\mu$ UI/ml

(0.35-4.94)

1.17 mIU/L

(0.35-4.94)

*Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [\*], il est interdit d'utiliser la marque d'accréditation du LIAB sauf reproduction intégrale du compte rendu des résultats.*

Demande validée biologiquement par : Prof IDRISSE LARBI



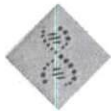
**Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés : 7h30-13h00**

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca - Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; -GSM : 06 61 85 78 48  
site web : www.liab.co.ma Email: contact@liab.ma

IF : 50367069 ; CNSS : 2783061 ; Patente : 36341724 ; N°ICE : 002863495000067 ; INPE Biologiste : 097167290 ;

**Prélèvement à domicile sur RDV**





LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 15-09-2022

**FACTURE N° 000261334**

**Nom, Prénom du patient :** Mme ZOUBIDA KASMI

**Date de l'examen :** 15-09-2022

**Type d'examen :** Examen biologique

**Demande N° :** 2209150073

**Médecin demandeur :** Dr Mouna MENKOR

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0163	TSH	B250	B

**Total des BHN :** 250

**Montant total en chiffre :** 250DHS

**Montant Total en lettres :** deux cent cinquante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction  
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax :  
+212(0)5 22 26 22 09 **E-mail :** contact@liab.ma **-site Web :** www.liab.co.ma  
**IF :** 50367069 ; **CNSS :** 2783061 ; **Patente :** 36341724 ; **N°ICE :** 002863495000067 ; **INPE Biologiste :** 097167290 ;  
**INPE laboratoire :** 093060846