

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-773815

154733

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8692 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IPRADI KARIM

Date de naissance : 01/01/1972

Adresse : 357 CABA GREEN TOWN BOULEVARD

Tél. : 0661296987 Total des frais engagés : 300 + 347 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/22

Nom et prénom du malade : IPRADI Karim Age : 54

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

Nature de la maladie : Ram Qile

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 : 12/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
12/12/22	CS.		300 NT	INP : 09 46 61 079 Dr. Mouss MELOUANE Spécialité : Médecine Interne 19 Bd. Abdelmonem Elmi Elg. Apt. N° 27 05 22 27 93 24 - Urgence: 06 61 34 97 60

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Charles Nicolle HEDYA TAK-TAK 19, Place Charles Nicolle Casablanca Tél: 05 22 47 96 44 / 05 22 20 20 41	12/12/22	347,90

# 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	

# 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	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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession															

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 :

12/12/22

IRBQI

Kaoum

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK - TAK  
19, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 52 44 / 05 22 20 20 41

19.50

Emune sup

1j

1 ca 563 / J

podt 10 J

74.80

22  
Spectrum 100 p

1j

podt 7 J

40,00

20 p

1j

podt 3 J

51.90

Alna 5 p

1j

podt 1 J

119, Bd Abdelmoumen, 4<sup>ème</sup> étage, Appt N° 27 - Casablanca شارع عبد المومن، الطابق 4، شقة 27 - الدار البيضاء

Tél.: 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

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

Vit C 1000 p  
26,90  
A - O - O Pdt 10J



344,90  
Dr. MOHAMED MENKOR  
Spécialiste en Médecine Interne  
119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 05 64 34 97 60

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAKTAK  
99, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

74,80

74,80

**Vita C1000®**  
PPV 26DH90  
EXP 07/2025  
LOT 280318

**ALORA 5 mg**  
20 Comprimés  
Deva Pharmaceutique

6 118000 410089

LOT : M0633  
PER : 11/2023  
PPV : 51,90DH

LOT 104.801/FC7  
PER 04/2025  
PPC 79,50

بدن