

# 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- 0051205

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1291 Société : 188087

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FADOUA V. LATI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661144451 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr AMMOR Hounayda**  
Angle Bd. Ain Taoujate  
Rue Ain Yefren - CASA  
Tél : 022.47.37.11

Date de consultation : 10/10/23

Nom et prénom du malade : STEENT ANIA Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Enfant

Nature de la maladie : Rhumato

**Dr AMMOR Hounayda**  
Angle Bd. Ain Taoujate  
Rue Ain Yefren - CASA  
Tél : 022.47.37.11

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 : 10/10/2023

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 Relevé des Actes
10.10.23	C	01	=300	Dr AMMOR Angle Bd Air - CASA Rue Air - Refren - CASA Tél: 022 47 37 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Avenue du Phare Résidence Taghazout Casablanca - Tél: 05 22 20 28 62	10.10.23	189,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

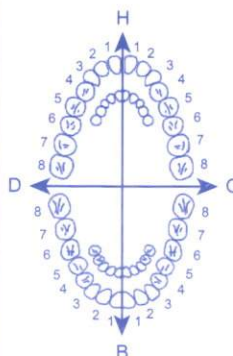
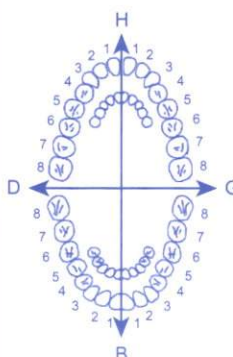
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, 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

**Dr Hounayda AMMOR**

**Médecin généraliste**

diplômée de l'Université de Limoges

Ancienne interne des hôpitaux de France

**Acupuncture - acupression**

diplôme national de médecine Traditionnelle chinoise

(confédération française)

**Thérapies psycho corporelles**

**الدكتورة هنيذة عمور**

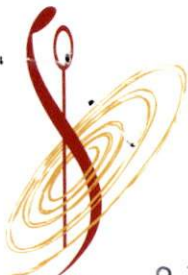
**الطب العام**

خريجة كلية ليموج

الوخز بالإبر

والضغط الإبري

المعالجة النفسية البدنية



10.10.23  
Serraj Rania

83,10

Relaxol

1cp le

52,80

20)

Ketum

Application x 2/j

83,90

30)

New flex

1cp  
avant

si besoin  
sport.

189,80

PHARMACIE AHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue de France - Résidence Taghazout  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

Dr AMMOR Hounayda  
Angle Bd Aïn Taoujtale  
Rue Aïn Yefren - CASA  
Tél : 022.47.37.11

زاوية شارع عين تاوجطات، زنقة عين يفرن بوركون (قرب جامع بدر)-الدار البيضاء الهاتف: +212 (0) 5 22 47 37 11

Angle bd. Aïn Taoujtate - rue Ain Yefren - Bourgogne (près mosquée badr) - Casablanca - Tél : +212 (0) 5 22 47 37 11

LOT: 981  
PER: OCT 2022  
PPV: 52 DH 80

Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Le produit doit être conservé à une température inférieure à 25°C.  
d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par massage ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver** les mains après l'application.  
النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.  
الإستعمال: الطريق الموضعي. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على الجلد.  
يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20



P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

# INSTANT COOLING GEL

With natural, cooling, essential plant oils. With practical roller for application, without hand contact. Contains no parabens.



**newflex**

COOLS & RELAXES

New Care AG, CH-4452 Itingen  
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany



7 640127 792025



02/21



170303

MFD

03/17

ISOPHARM

Newflex Pharma AG

83.90 DH