

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

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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 055767

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0777 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre Retraité

Nom & Prénom : AMMOR Mohamed

Date de naissance : 30 Nov 46

Adresse : 23 Rue Golfe du Bengale Aindich

Tél : 0661340220 Total des frais engagés : 679 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : CA Le : 10/3/21

Signature de l'adhérent(e) :

DOCTEUR MOHAMED AMMOR
En - Livo-F-10: 10, rue Allergo
Rue Hicham Anglo Bd. Abdelmoumen
et Rue Abou Marouane - Casa
Tél : 022.85.39.39 / 022.86.54.22



DOCTEUR MOHAMED AMMOR
En - Livo-F-10: 10, rue Allergo
Rue Hicham Anglo Bd. Abdelmoumen
et Rue Abou Marouane - Casa
Tél : 022.85.39.39 / 022.86.54.22

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
10/3/2021		h		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	10-03-2021	678,90

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553				B	Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
			B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Mounia LAHLOU
Pneumo-phtisiologue Allergologue

Maladies Respiratoires et Allergiques
 Asthme, Rhinite, Tuberculose
 Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
 et Hôpital Moulay Youssef

Certificat Universitaire d'Allergologie
 et d'Immunologie Clinique

الدكتورة مونية لحو
اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
 الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
 ومستشفى مولاي يوسف

شهادة جامعية
 في علم المناعة والحساسية

Casablanca, le : 10/03/2024 : في: الدار البيضاء،

M. Annon M. Choued

47,80

1/ Dazan



2

2 x 2



69,40

2/ Docuon



2 x 2


41,50

3/ Loreus




2 x 2



6) debut 
489,00

Gélule en inhalation 4

1) Doliprane 1g (m-2) 
15,80 x 2 = 31,60

678,90

DOCTEUR MOUNIA LAHLOU
Pneumo-Allergologue, Allergologue
Rès Micham, Angle Ed Abdelmoumen
et Rue Abdou Marouane - Casa
Tél: 05 22 80 39 / 05 22 80 34

صيدلية الدار البيضاء
PHARMACIE DE CASABLANCA
160, Bd El Mahatta - Casablanca
Tél 05 22 80 09 70



SEEBRI®

BREEZHALER® 50 µg O

Poudre pour inhalation en
gélule Boîte de 30 Gélule

PPV : 489 DH

Doliprane® 1000 mg ○
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



Doliprane® 1000 mg ○
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

DociVox[®]

comprimé

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES

(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

Maux de gorge
Enrouements passagers



LOT: 200393

DLUO: 11/2023

69,00 DH

Goutte à la menthe, miel, citron