

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-695696

128921

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12551 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMOUJADDI Mohamed ANOUAR
 Date de naissance : 25 avril 1986
 Adresse : Villa 775 Bahia Golf Beach Bouznika
 Tél. : 06 61 68 48 71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Lamy CHRIE MORAND
Pneumologue - Allergologue
Oncologue - Pulmonaire
Résidence Tanagra Av. Moul
3ème Etage N° 15 - KENITRA

Date de consultation : 09/03/2022
 Nom et prénom du malade : ELMOUJADDI Mohamed ANOUAR Age : 36 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinite allergique
 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 : Kenitra Le : 09/03/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
09.03.22	14.06.70	<p>PHARMACIE L'HOTEL DEVILLE</p> <p>412, Avenue Mohammed VI - KENITRA</p> <p>Tél: 05 37 37 13 98 / 05 37 37 29 46</p> <p>ICE: 001708442000028</p>

[illegible]

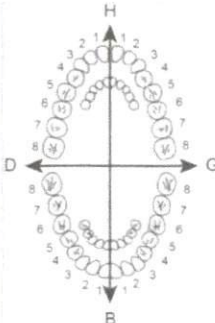
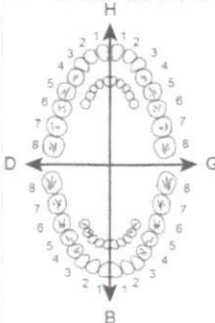
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Lamy CHRIF MORAND

Pneumologue - Allergologue - Oncologue
Pulmonaire - Phtisiologue
Adulte - enfant



- ✓ Diplôme de ventilation mécanique et oxygénothérapie Université Sorbonne Paris France
- ✓ Diplôme d'oncologie pulmonaire Université de Lyon I France
- ✓ Diplôme méthodes et techniques en pneumologie Université Paris - Est - Créteil France
- ✓ Diplôme troubles respiratoires du sommeil Université de Montpellier - France

الدكتورة لمياء الشريف موران

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي - الحساسية
سرطان الرئة - مرض السل
الكبار - الصغار

- ✓ دبلوم التنفس الآلي والعلاج بالأكسجين جامعة سربون باريس فرنسا
- ✓ دبلوم سرطان الرئة جامعة ليون فرنسا
- ✓ دبلوم تقنيات فحص الجهاز التنفسي جامعة باريس فرنسا
- ✓ دبلوم اضطرابات النوم و الشخير جامعة منتبلي فرنسا

09/03/2022

Mr EL MOUJADDIDI MOHAMED ANOUAR

ORDONNANCE

99.70

1) LABIXTEN 20 MG

1 cp le matin à distance du repas pendant 1 mois

307.00

2) SINGULAIR 10MG

1 cp / j le soir à distance du repas pendant 1 mois



406.70

Dr Lamy CHRIF MORAND
Pneumologue - Allergologue
Résidence Tanagra - Angre
3ème Etage N° 15 - KENITRA

PHARMACIE L'HOTEL DE VILLE
412 Avenue Mohammed V - KENITRA
Tél: 05 37 37 13 98 / 05 37 29 46
ICE : 001708442000028



6 118001160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 30 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC BP. 136 - 80 USKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

SINGULAIR

comprimé pelliculé
Montelukast

20mg
comprimés



230656

MSD

LOT: 14521014
PER: 09/2026
PPU: 99,79 DH

BIXT
IG Bi