

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

- Reclamation : 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 Étage 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° W19-518816

34129

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10017 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERRADA NADIA
 Date de naissance : 02/04/1964
 Adresse : Rue 3 groupe W, n° 58-60 EL OULFA CASABLANCA
 Tél. : 0661 234232 Total des frais engagés : 574,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30.06.20
 Nom et prénom du malade : BERRADA NADIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : MUPRAS
 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 : CASA Le : 107/2020
 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 Paiement des Actes
20.06.2020	2			INP : 051081062

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Med GUESSOU Bouchra GUESSOU EL MENJRA Pharmacien Missimi N° 7 Rue 20 Bd. Bourguiba Hassani - Oujda - CASABLANCA +21-89-03-75	30/6/20	574,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

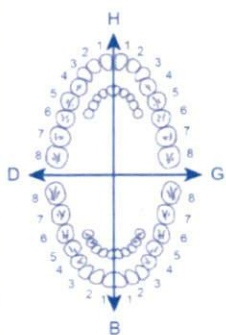
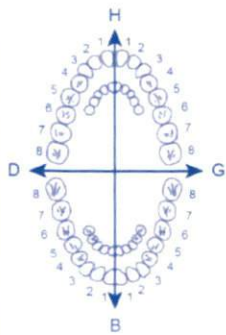
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 35533411 G 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MED. BOUSSOU
Mme Bouchra BOUSSOU EL MENJAB
Pharmacien

el. Missimi N° 20 Bd. Bourgre
Hay Hassani - Oufia - CASABLANCA
Tél: 69 03 79

ORDONNANCE

Casablanca, le :

30/06/2020

Mr/Mme

M. BERRADA MADIA

● SPECTRUM 250mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

● TOBRADEX COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

● POMMADE :

Le soir dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

● OZODROP COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 6 semaine.

● OPHTASALINE UNIDOSE :

Un lavage le matin dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

● RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES

o OEDes

A'S

LOT 191339
EXP 04/2022
PPV.52.80DH

5280 1g l'san

PHARMACIE Med GUESSOU
Mme Bouchra GUESSOU EL MENIRA
Pharmacie
di. H. H. N° 7 Rue J. Ha. Bouregre
M. H. H. N° 7 Rue J. Ha. Bouregre
57490

95 90
Ophthalmologiste
Ouhadi Souad

Ophtalmo services
doc 90.00 dh

LOT 190980
EXP 05/2022
PPV 51.40DH

6 118001 070

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS

406833

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS

406833

Compreste
OCULAIRE STERILE
10 compresse

30.00
H P

OZODROP

SOLUTION OPHTALMIQUE

Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®



Indications, posologie,
mises en garde:
lire la notice.



FBVISION

Ophthalmic Pharmacy

OZODROP

P.P.C : 129Dh

Composition

LipozonEye®

(huile végétale ozonisée auto
conservatrice, liposomes),
hydroxypropylméthylcellulose,
acide borique, tétraborate de
sodium, EDTA, PHMB,
eau désionisée.



939278901



Omisan farmaceutici

via G. Galilei, Guidonia M. (RM) - Italy

OZODROP

SOLUTION OPHTALMIQUE

Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®



Indications, posologie,
mises en garde:
lire la notice.



FBVISION

Ophthalmic Pharmacy

OZODROP

P.P.C : 129Dh

Composition

LipozonEye®

(huile végétale ozonisée auto
conservatrice, liposomes),
hydroxypropylméthylcellulose,
acide borique, tétraborate de
sodium, EDTA, PHMB,
eau désionisée.



939278901



Omisan farmaceutici

via G. Galilei, Guidonia M. (RM) - Italy

Pommade ophtalmique
مرفق العين

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

فرايديكس

FRAKIDEX®

Uniquement sur ordonnance.

25 °C.

A conserver à une température ne dépassant pas

ENFANTS.

NE LAISSER NI A LA PORTÉE NI A LA VUE DES
Lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

فرايديكس مرفق العين

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب مراعاة الجرعات الموصوفة

حالات الاستعمال والتدابير
اقرأ النشرة بتمعن. يوضع على العين.
لا تترك في متناول أولاد أو تحت إشراف
الأطفال. يحفظ في حرارة آمنة من
25 °C. يحفظ فقط بين 15 °C و 25 °C.

NE PAS AVALER
لا تبتلع

Z.I. Ripotier Haut - 07200 AUBENAS - FRANCE

Laboratoire Chauvin

Fabricant / الصانع :

34000 MONTPELLIER - FRANCE

416, rue Samuel Morse

Laboratoire Chauvin

Titulaire et Exploitant / صاحب الرخصة والسوق :

FRAKIDEX

Pom. Ophta. 5 g

ZENITH PHARMA

PPV: 20,80 DH

ADSP n° 02 DMP/21/NCI