

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.

Médecine 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19- 0037894

Optique *ND: 28/09* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/2009

Nom et prénom du malade : Ben KHAIRISS HIBA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

N° P19-037894

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACIE NANCA CACHET NANCA Lotik. Nafatchi Aou6 N° 3 Lot 65 Nanca - Tah 0522 93 10 23</i>	2010.5.20	1183.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

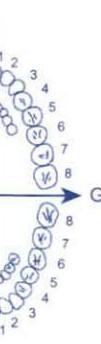
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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

Dr. Kamal EL MAKHLOUF

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.

الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و جراحة الأنف، الأنذن، الحجرة، الوجه، العنق .

والكشفات الوظيفية لأمراض الأنذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا .

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأنذن الداخلية والتداخة



20/8/20

Nile Bank Raiss Hoss

1 Cycloidal 400

20.000



5x8-



2 Salymed 200

3g - h - alto pd 7g



pay 290/-

pd 7g

pay 140/-

pd 7g

STEPHARMACHE HAMZA
N° 1 NCA
Lot 25/1/14 Rue 6 N° 3 Lot 6
Casablanca - Tel: 0522 92 10 29



37 Oeufs

1 m

09,00 10/-

41. Hycosmol

1000

1,44 6 x oeil S.

SV

8/ Stoistrip

SV S.P

21.00 par fometime oeil G.

49.60 pendant le sommeil

El Domestok les oes

21.50 a3 d'ap/15j

7/ Ingralpro

STEPHARMACIE HAMZA
ANCA
C.A.
N° 3 Lot. 64
Lotto. Haj fateh, Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

84.50

1183.80

STEPHARMACIE HAMZA
ANCA
C.A.
N° 3 Lot. 64
Lotto. Haj fateh, Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

®

NEOVIMAG

300 mg

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

Sans sel - Sans sucre

30
Gélules
Voie Orale

MEDIPRO
PHARMA

PPC: 84.50 DH

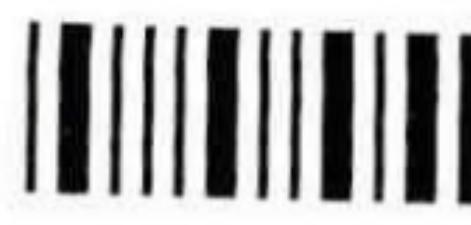
A consommer quotidiennement : 05/2022

Lot : NVM18

300 mg

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

NEOVIMAG



18 GELULES

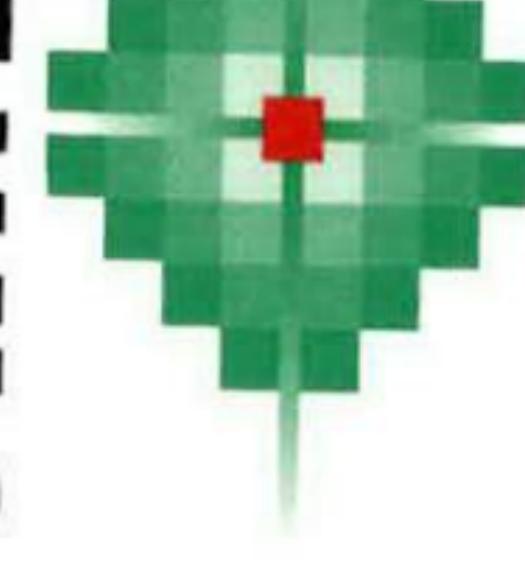


MIGRALGINE®

®

MIGRALGINE

18 GELULES



VOIE ORALE

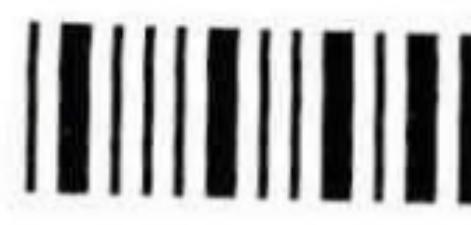
21,50

PPV: 21DH50

PER: 06/21

LOT: I1448





18 GELULES

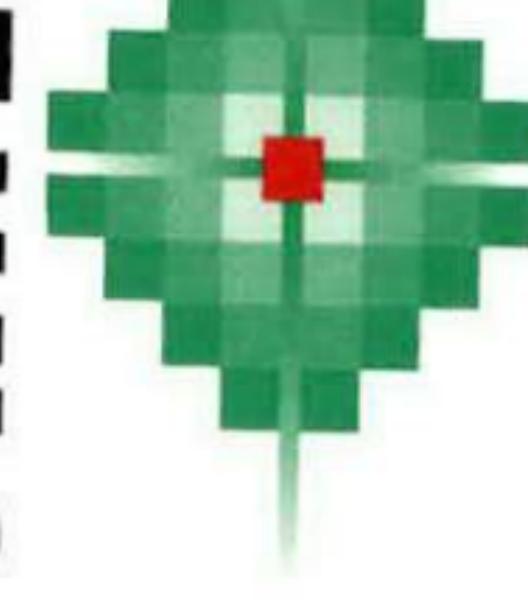


MIGRALGINE®

®

MIGRALGINE

18 GELULES



VOIE ORALE

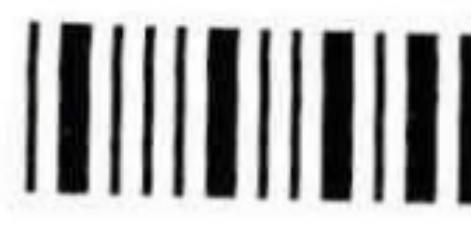
21,50

PPV: 21DH50

PER: 06/21

LOT: I1448





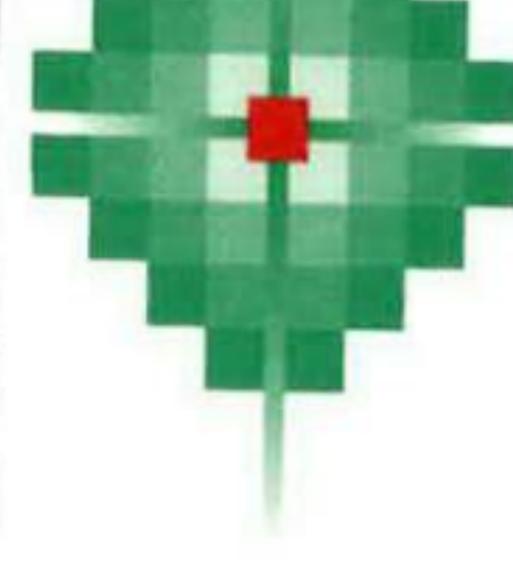
18 GELULES



MIGRALGINE®

MIGRALGINE®

18 GELULES



VOIE ORALE

21,50

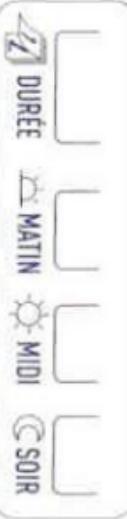
PPV: 21DH50

PER: 06/21

LOT: I1448



LOT 190817
EXP 02/2022
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

ODES®
oméprazole



20 mg
Voie orale

COOPER
PHARMA

Solupred® 20mg

rednisolone

voie orale

10 Comprimés effervescents



nisolone

ale

mprimés effervescents

3

8

17

nisolone

rale

mprimés effervescents



sanofi aventis

sanofi aventis

anofi aventis

58,40

58,40

58,40

Solupred® 20mg

upred® 20mg

ipred® 20mg



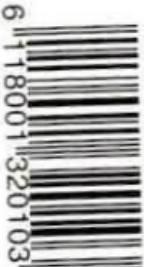
PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

09/08/2018
MC22NMA000118

Z

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Non imprimable

Solution huileuse buvable

Pr - 15/5(1)



100 000 115 153
D3 000

65 5-3

115 153 113

HYLO- COMOD®

Sans agents conservateurs



Collyre humidifiant

Compatible avec
tous types
de lentilles

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique



URSAPHARM

160,00



10/20/01

LOT

246956

PPC:

150DH



CICLOVIRAL®

Aciclovir

400 mg

LOT 202893

EXP 01/23

PPV 270DH00

Voie orale

25 comprimés

CICLOVIRAL®

Aciclovir

400 mg

LOT 202893

EXP 01/23

PPV 270DH00

Voie orale

25 comprimés