

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0055201

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4514 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TARHALI MOHAMED
Date de naissance : 24/03/61
Adresse : la min
Tél. : 0661187159 Total des frais engagés : 307,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Rada MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
8, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 17/03/2022
Nom et prénom du malade : TARHALI MOHAMED Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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) :

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

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 Paiement des Actes
17/03/22	cs		300.00	

Dr. Beda Mikou
Chirurgien Ophtholmologue
18, Avenue Stendhal - Casablanca 20
Tél. : (+212) 0522 47 10 94
E-mail : r.mikou@cliniquestein.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.03.22	607.90

Pharmacie BOUYABRA
283, Bd. Stendhal - Casablanca
Tél. : 0522 98 46 14
E-mail : bouyabra@bouyabra.ma

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
		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 :

Veuillez 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											
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	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



PT220317111958

17 mars 2022

Mr. TARHALI Mohamed

159,00

BLEPHARETTE

massage palpébral matin et soir pendant 5 à 10 minutes, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

09,00

PHYLARM

1 lavage / jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

75,70

AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour matin et soir, pendant 3 jours, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

198,00

CATIONORM

Flouon

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

76,20

ZALERG

1 goutte x2/Jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

T = 607,90

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca S.
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : rmikou@cliniquestendhal.com

كاتيونورم®

قطرة للعين على شكل مستحلب

لترطيب و حماية و تخفيف الاحتكاك
على سطح العين

٣٠
جرعة معقمة ٠,٤٠ مل

بدون مواد حافظة



Santen

Importateur :

MP MAGHREB

9, avenue MOHAMED BELHASSAN EL OUAZZANI
CENTRE COMMERCIAL DAR ESSALAM (1er étage)
SOUISSI-RABAT

PPC 198,00 DH

Lot :

Fab :

Exp :



Blefarette

**Disposable wipes
for the daily cleansing of the eye area**

30 disposable wipes

LOT



211004

2024/04

PPC 159,00 DH

FARMIGEA



حفظه بارد
Sans conservateur

Collyre en solution
6 récipients unidoses de 0,25 g
كل قطرة تحتوي على شكل محلول
6 زجاجة أحادية الجرة بسعة 0,25 غ

Azyter 15 mg/g / غ/ج 15 أزيتر

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg

pour 1 g de solution

Un récipient unidoses de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتر 15 مغ/غ

أزيترومييسين 14,3 مغ
على شكل أزيترومييسين
ثنائي الاماهة 15 مغ
لـ 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من المحلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيترومييسين
الثنائي الاماهة.

المواغ :

ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتير

المنطقة الصناعية في لا غيري

كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - إلا بوصفة طبية

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm

1/ HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

es de 10 ml

chaque fois
que l'œil est irrité