

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-692344

ND
117788

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279 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 :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

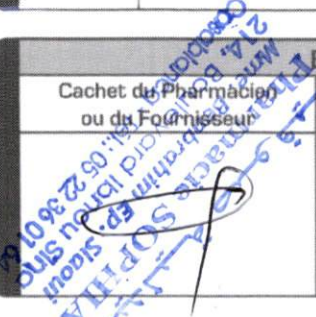
Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/05/2014	Contrôle			 091034553

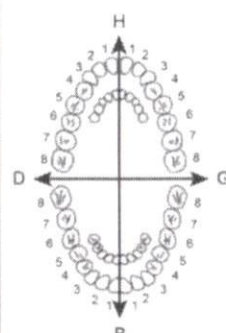
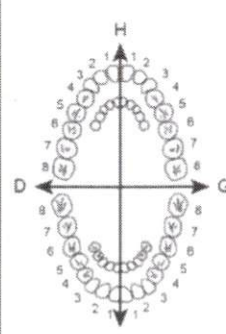
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/2014	566,30 DH

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	

VOLET ADHERENT

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553 B		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				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. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة السليم كريمة

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية والليزر
العدسات اللاصقة

12 mai 2022

Mme ANBRY Fatima Ep Bendanna

126.10

COSOPT: COLLYRE [Qte : 1]

1 goutte 2 fois / jour; 8h & 20h, dans l'œil droit

99.50

ALPHAGAN 0,2 % COLLYRE [Qte : 1]

1 goutte 2 fois/jour, 8h et 20 h, dans l'œil droit

112.50

LOTEMAX [Qte : 1]

1 goutte 4 fois/jour pendant 5 jours

1 goutte 3 fois/jour pendant 5 jours

1 goutte 2 fois/jour pendant 5 jours , dans l'œil droit

149.00

LUMIXA COLLYRE[Qte : 1]

1gtt 3 fois par jour, dans l'œil droit pdt 1 mois

19.00 x 2

DIAMOX [Qte : 2]

1cp 3 fois par jour pdt 1 sem

1cp 2 fois par jour pdt 1 sem

1/2cp 3fois par jour pdt 1 sem

24.60 x 2

POTASSIUM SIROP [Qte : 2]

1 cas le soir par jour pdt 3 sem

566.30

Dr. ESSALIME Karima
Ophtalmologue
146-Bd Joulane Apt 1 Salmia 2
Casablanca - Tél: 05 22 57 00 55

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML



LOT U031803 1

EXP 07 2023

PPV 126.10 DM

Casablanca/Morocco
Km 12.400 Ain Harrouda 26000
Casablanca- Maroc

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المخصصة

Tableau A (Liste I)

جدول أ (اللائحة 1)



Soyez prudent

Ne pas conduire

après avoir utilisé le produit

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml



6 118001 251384 >

UTILISATION

Tableau A (Liste I)

Distribué au Maroc par

AMM Maroc N° 60/20/C

PPV = 112,50 DHS

LOTEMAX est une m.

Incorporated ou de se

© 2020 Bausch & Lc

Bausch & Lomb

أو Bau

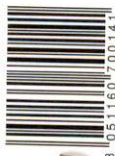


6 118001 270538

LUMIXA

P.P.C : 149Dh

tue EL



8 051160 700141

FB VISION spa

Via San Giovanni Scaria
San Benedetto del Tronto (AP)

FBVISION

PPV 24DH60
EXP 01/2025
LOT 1N046 2

POTASSIUM
LAPROPHAN®

PPV 24DH60
EXP 01/2025
LOT 1N046 2

POTASSIUM
LAPROPHAN®

19,00

19,00