

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

M22- 0020123

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société : 146022

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR FATNA

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : MAY EL HANA, Rue 30 - N° 14 Casablanca

Tél. : 0661609721 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade : MKHANTAR Fatma Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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.

Le : / /

Signature :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

27 JAN. 2023

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
26/12/2022	cr		300	<p>Dr. Mohammed Nkou Al Mouraj Camdent Angle Bd. Anoual N° 19 - CASABLANCA 2ème étage, N° 19 - CASABLANCA Tél: 0522 86 28 20 - GSM: 06 61 00 57 55</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAY EL HANA Mme. FIKRI Soumia Al Mouraj Camdent Angle Bd. Anoual N° 19 - CASABLANCA 2ème étage, N° 19 - CASABLANCA Tél: 05 22 94 57 53</p>	26/12/22	595,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

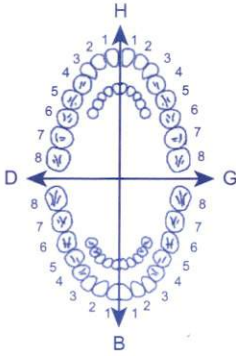
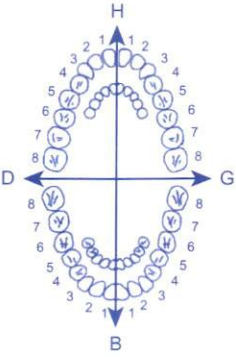
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر.
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

Chirurgie des voies lacrymales

جراحة مسالك الدموع

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

الليزر متعدد الإشعاع

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

عضو بالجمعية الفرنسية لقلب العيون

Casablanca le, 26/12/2022

MKHANTAR Fatna

150,000

HYLO-COMOD GEL (Hyaluronate)

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

41,000

GEL LARMES (Carbomère 974 P) tube de 10g

1 instillation, le soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

22,60

Fluon

Wolyp

3x1

3x1

595,60

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. FIKRI Soumia
2 Avenue El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél: 05 22 86 67 49

Dr. Mohammed Mikou
Ophtalmologiste
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
3ème étage, N° 10 - Casablanca
Tél: 05 22 86 28 20 - 05 22 86 61 09 57 50

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. FIKRI Soumia
Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél: 05 22 86 67 49



6 118001 070244
 Fluon collyre de 3 ml
 A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
 Laboratoires Sothema
 PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
 406865



6 118001 100958
 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable:
 Mme Amina DAOUDI
 PPV : 41.00 DH



6 118001 100958
 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable:
 Mme Amina DAOUDI
 PPV : 41.00 DH



6 118001 100958
 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable:
 Mme Amina DAOUDI
 PPV : 41.00 DH

PHARMACIE HAY EL HANA
 Mme. FIKRI Soumia
 7, Marché El Hana Hay El Hana
 Casablanca - Tél: 05 22 94 67 49

PHARMACIE HAY EL HANA
 Mme. FIKRI Soumia
 7, Marché El Hana Hay El Hana
 Casablanca - Tél: 05 22 94 67 49

PHARMACIE HAY EL HANA
 Mme. FIKRI Soumia
 7, Marché El Hana Hay El Hana
 Casablanca - Tél: 05 22 94 67 49

159,00

2025-06

LOT 305332

PPC: 150 DH

2024-1

LOT 303759

PPC: 150 DH

2025-06

LOT 305332

PPC: 150 DH