

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- N° 004462

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : 2 AM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Houri Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 90, Rue de la Vierge, Nouvel Amine

M. Abdelhak EL JABALI

Tél. : 06 72 83 51 37 Total des frais engagés : 261,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : Houri Abderrahmane Age :

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

Nature de la maladie : opère d'une cataracte

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.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
03/10/2023	G		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALIM Dr. SALIM NOUAM N°1 Dr El Hafdane El Jadida Moulay Abdellah ICE: 003349898000016	03/10/2023	261,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

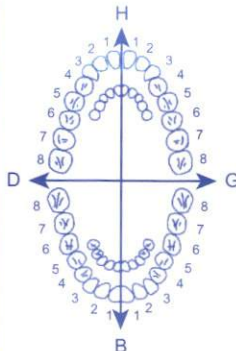
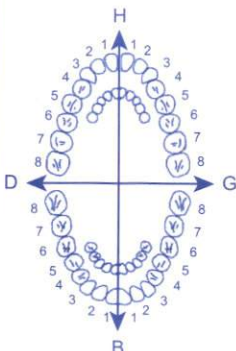
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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</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>		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																
	(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



ORDONNANCE

Casablanca le 03/10/2023

NOM : HOUARI
PRENOM : Abderrahmane

l'œil opéré a partir de ce jour

24,60

1°) FRAKIDEX (collyre)
1 goutte x3/j pdt 07 jours

74,80

2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)
1 cp x2/j pdt 05 jours

104,00

3°) PHYLARM
Pour nettoyage de la paupière matin et soir

l'œil opéré après 07 jours

58,00

1°) INDOCOLLYRE 0.1% (collyre)
1 goutte x3/j pdt 10 jours

FRAKIDEX (pommade)
1 ap le soir j pdt 03 jours

PHARMACIE SALIM
Dr. SALIM NOUAM
Lot Amina N°1 Dr El Haddane El Jadida
Moulay Abi Fakh
ICE: 003349898000016

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

INTERDIT DE PRENDRE UN ARRÊT DU TRAITEMENT SI VOUS ÊTES

EAU COMATEUX

26740

DR. CYAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Tél : 05 22 86 46 15 / 05 22 86 46 21
Fax : 05 22 86 46 21
C.A

PHARMACIE SALIM
Dr. SALIM NOUAM
Lot Amina N°1 Dr El Haddane El Jadida
Moulay Abi Fakh
ICE: 003349898000016

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/ رقم الدفعة H9589
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03 - 2023
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 08 - 2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS



66671



Solution stérile pour usage oculaire

Phylarm

HER MEDIC
PPC
104.00 DHS



16 flacons stériles de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**

08.17.18

500 ملغ
عن طريق الفم



سیدیکتروم®

سیبیرفلو کسٹاسین

10 x 

أقراص ملبسة



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
سببیکٹروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse
يُسْتَحْسَنُ تَجَنُّبُ اسْتِعْمَالِ سَبِيكْتروم أثناء الحمل

مدة	صباح	زوال	مساء



FRAKIDEX®

فر اكيدكس®

Collyre en solution

قطرات بشكل محلول

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

رقم النبعة LOT/
تاريخ الإنتاج FAB/
تاريخ الانتهاء EXP/

H9351
03 - 2023
02 - 2025

66672



PPV : 24,60 DHS

FRAKIDEX
Collyre 5ml
LENITH PHARMA
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ



6118001270118