

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- 0029884

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10 080

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : SIAFRI MOHAMMED

Date de naissance : -

Adresse : Lot Achabab 149 Derma Benchi'd

Tél. : 0670976017

Total des frais engagés : 322,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr NABIL CHETTOU
OPHTALMOLOGISTE
N3 étg 1, 22 Lot Nait 25 Al Makhoulf Derma
Tél: 0522 03 74 03 - 0766 30 53 53
INPE : 061318911

Date de consultation : -

Nom et prénom du malade : -

Age : -

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Derma

Le : 23 / 02 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/02/24	ctul			Dr NABIL CHETTOU OPHTALMOLOGISTE N3 étg 1, 22 Lot Nait 2 (Al Makhoulf) Deroua Tel: 0522 03 74 03 - 0766 30 53 53 INPE : 061318911

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé
Date
Montant de la Facture

PHARMACIE ARYESSALAH
Lot. Hay ESSALAH 26
Deroua - 06 23 97 07 78
Tel: 06 23 97 07 78
INPE: 062069178

19/02/24 302,50

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. SAÏD BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

19/02/24 19,40

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
AM PC IM IV
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

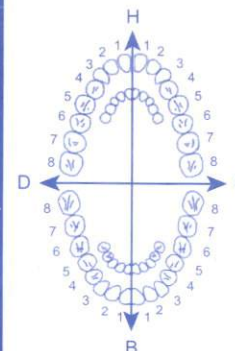
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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

CLINIQUE
BISMILLAH



مصحة
بسم الله

ORDONNANCE

Casablanca : 19/02/24

NOM: HABI B SAADIA

51,40
4
3030x2
1. SPECTRUM 250 MG

1-CP 2 fois par jour pendant 5 jours

2. ICOMB COLLYRE N3

1 gt 6 fois par jr pendant 6 jrs
PUIS

1 gt 5 fois par jr pendant 6 jrs
Puis

1 gt 4 fois par jr pendant 6 jrs
Puis

1 gt 3 fois par jr pendant 6 jrs
Puis

1 gt 2 fois par jr pendant 6 jrs
Puis

1 gt 1 fois par jr pendant 6 jrs

x
2500
2500
1400
302,90
3. TOBRADEX POMMADE

1 application le soir pendant 15 jrs

4. RONDELLES OCULAIRES

5. MYDRIATICUM COLLYRE OU NEOS NEPHRINE 5%

1 goutte 2 fois par jour

6. MIXTEARS COLLYRE

À demarrer au 7 jour du post-op

1 goutte 3 fois pendant 1 mois

INPE: 062074810
Derooua - 06 23 07 01 71
Khatib RECHID
ID 26
MAY EL ISLAM

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BELLLOUN
Imm. 94, Lot N°4-DEROUA
Tél: 06 23 07 01 71

Dr NABIL CHETTOUT
OPHTALMOLOGISTE
N° 02-1 22 Lot N°4-141 Maxima
Tél: 0522 03 74 05 - 0766 30 53 33
INPE: 061318911

Lotissement Hamza, Lot 21 Bd. Mohamed VI, Ain Chock - Casablanca

Tél: 05 22 08 23 23-05 22 21 52 21-05 22 52 50 15-Email: contact@cliniquebismillah.ma

Urgences 24h/24h

Spectrum® 250_{mg}
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081449

51,40

Brusch
Chem.
Ge
lon
961
191
11
B
S
di

FRAKIDEX Pom. Opht. 5 g
Distribué par : ZENITH PHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc.
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

أيكومب
Icomb®

Lot:

Fab:

Exp:

PPV: 30 D

11 22
11 24



أيكومب
Icomb®

Lot:

Fab:

Exp:

PPV: 30 DH 30

AE 0367
05 23
05 25



PPC: 140 DH 00



M 00 22
2025/11



Fabricant :
FARMIA A

MYDRIATICUM 0,5%

Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



6 118001 070428

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

NUVEAU 3
demandez l'avis d'un médecin