

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0052572

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **ZEROVAL 40**

Société : **AUG 305**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **19 84**

Date de naissance : **01/04/1951**

Adresse : **RESIDENCE AZHAR, AppT N° 18**

RUE AL OUKHOUANIS HAY ROHA, BEAUSSEJON

Tél : **063444015**

Total des frais engagés : **57,90 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 : **13 FEB. 2023**

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 : **Casablanca**

Le : **13/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/01/23

51,90

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 :

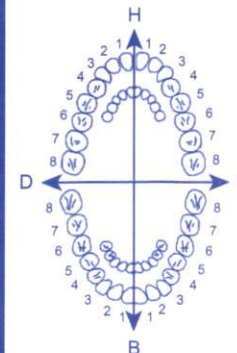
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

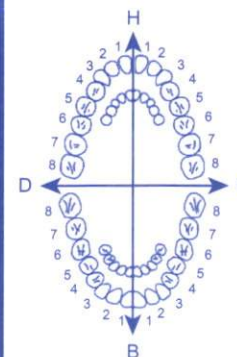
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**** PHARMACIE HIBA ****

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tél: 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale: N°5111603

ICE : 001616420000064

Le : 30/01/2023

ZEROUAL MOHAMMED

FACTURE N° : 51 du : 30/01/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BRUFEN SIROP PEDIATRIQ	22,50	22,50	7,00%
1	CHIBRO CADRON COLLYRE	29,40	29,40	7,00%
		Total TTC	51.90	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CINQUANTE ET UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	48,50	3,40	51,90
		48,50	3,40	51,90

PHARMACIE HIBA
Dr Ahmed Ghafry
Hay Raha - Rue Banafsaje
Beauséjour - Osa
N° 51
Tél: 0522 94 99 34

- Douleurs
- Fièvre
- Inflammations

Arôme d'orange

Voi orale
150 ml

150 ml

Suspension pédiatrique

100 mg/5 ml Ibuprofène

BRÜFEN®

22.60



PPV (DH) :

Lot N° :

UT.AV:

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

Suspension pédiatrique

E2200C5MAR/0620

Composition :

Phosphate sodique de dexaméthasone.....109,3 mg
Quantité correspondant à phosphate de dexaméthasone.....100,0 mg
Sulfate de néomycine. 350.000 UI
Pour 100 ml de collyre

1 ml de collyre correspond à 30 gouttes, contenant chacune :
• 0,036 mg de phosphate sodique de dexaméthasone, soit
• 0,033 mg de phosphate de dexaméthasone
• 117 UI de sulfate de néomycine.

Excipients :

Citrate de sodium di hydraté, bromure de benzododecylm, polysorbate 80, hydroxyéthylcellulose (WP 52.000HF), hydroxyde de sodium, chlorure de sodium, eau purifiée.

Voie ophtalmique.

NE PAS AVALER.

Lire la notice avant utilisation.

Conservation :

Ce médicament ne doit pas être conservé plus de 15 jours après la première utilisation. Noter la date d'ouverture en clair sur l'emballage.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

AMM Maroc n° : 74/18 OMP/21/NRQ
74/18OMP/21/NRQ كاتيجوري 2 - فرنسا

21.



**Chibro
Cadron®**

Collyre en flacon
Dexaméthasone / Néomycine

5 ml

**شيبرو
كادرون®**

محلول قطرات العين في قارورة
ديكسا ميتازون / نيوميسين
5 مل



المالك:
"مغارب ليهنا" 12، شارع لويس - بليريو
63017 كليرون فون سينكس 2 - فرنسا
الصانع:
إكسيل فيزيون شارع لومبارديير
07100 انوني - فرنسا

Titulaire :
Laboratoires THEA 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand Cedex 2 -
France

Fabricant :
Excelvision rue de la Lombardière
07100 Annonay - France

التركيبية:

فوسفات الصوديوم
الديكساميثازون.....109,3 مغ
كمية مناسبة من فوسفات
الديكساميثازون.....100,0 مغ
سلفات النيوميسين.....350.000 ود
لكل 100 مل محلول قطرات العين
1 مل من محلول قطرات العين يحتوي
على 30 قطرة، تحتوي كل قطرة على:
• 0,036 مغ من فوسفات الصوديوم
الديكساميثازون ما يناسب 0,033 مغ
من فوسفات الديكساميثازون
• 117 ود من سلفات النيوميسين.

المواد:
سيترات الصوديوم ثنائي الإماهة،
برومور البنزودودسينيوم، متعدد
صوريات 80، هيدروكسيستيل السلولوز
(WP 52.000 HP)، هيدروكسيد
الصوديوم، كلوريد الصوديوم، ماء
منقى

عن طريق العين.

لا ينبغي
اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

الحفظ:

لا يجب حفظ هذا الدواء أكثر
من 15 يوما على أول استعمال. سجل
بوضوح تاريخ فتح القارورة على
الغلاف.

لا يتركه لا في متناول الأطفال ولا على
مراى متهب.



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

25378100

4029
11 2021
11 2024

Lot / Fab / EXP
Chibro-Cadron 5 ml
شيبرو-كادرون 5 مل

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



Distribué par les
Laboratoires THEA
12 rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand
Boussoum - Maroc

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - ppv : 28,60 DH



Ne pas utiliser chez la femme
enceinte sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique