

## 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° W21-775681

158588

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 1167 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ESSAM PATE MOHAMMED

Nom & Prénom : ESSAM PATE MOHAMMED

Date de naissance : 30 juin 1970

Adresse : Résid. YAMINA 7182 Aven 11 WIFAC

Tél. : 06 61 13 41 22 Total des frais engagés : 64430 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2023

Nom et prénom du malade : BOUALILA Fatima

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

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 : 28.03.2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

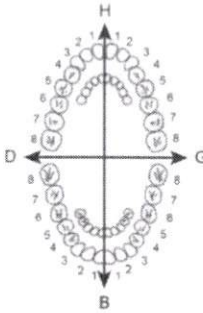
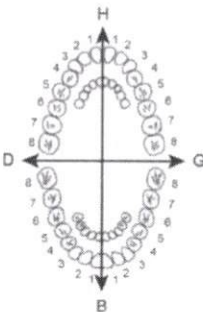


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28.02.23	C.S.	1	300,00 DHS	INPE : 101170579

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28/02/23	344,30	

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
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 [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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





**28/02/2023**

**Mme BOUALILA Fadma**

20,00  
**CORRECTOL 0.1 COLLYRE**

1 gt 2 x j, dans les deux yeux, pendant 8 jours

194,30  
**AZARGA 10 MG/ML+5 MG/ML 10 / 5 COLLYRE**

collyre 1 goutte 2 fois, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

130,00  
**HYFRESH**

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 15 jours

344,30  
Docteur JENNANE Naoual  
Ophtalmologiste  
Avenue Al Karama N° 3482  
Hay Al wifak - Témara  
GSM: 06 37 52 10 67 / Tel: 05 37 62 70 71

PHARMACIE SANTE AL WIFAK  
1197, Lot. Wifak, Rue Alassamouh  
TEMARA  
Tel: 05 37 64 55 54



Laboratoire d'AMM au Maroc:  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

**AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml**  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
PPV : 194,30 DH  
© 2011, 2015 Novartis 449272 MA



Nom et adresse du Fabricant :  
Alcon-Couvreur N. V.,  
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A., Camil Fabra 58,  
08320 El Masnou, Barcelone, Espagne

NE PAS AVILER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT  
SUR ORDONNANCE

لا يباع  
يجب احترام الجرعات الموصوفة  
جدول أ (قائمة أ) - يصرف فقط بموجب  
وصفة طبية



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

كن حذرا. لا تقلد السيارة دون قراءة النشرة

**AZARGA**  
10 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en suspension  
Brinzolamide/Timolol

10 ملغ/مل + 5 ملغ/مل  
قطرات للعين على شكل مستعلق  
برينزولاميد/تيمولول  
1 ml de suspension contient  
10 mg de brinzolamide et  
5 mg de timolol  
(sous forme de maléate  
de timolol)

يحتوي كل مل من المستعلق على  
1 ملغ من مادة البرينزولاميد  
5 ملغ من مادة التيمولول  
(على شكل مالات التيمولول)

عن طريق العين Voie oculaire

NOVARTIS 5 ml

هاي فريش  
HyFresh

Lot: YK0316  
Fab: 10 21  
Exp: 10 24  
PPC: 130 DH 00

**HyFresh**

Ophthalmics

Chaque 1 ml contient :  
Hyaluronate de Sodium.....2mg  
Excipients q.s.p.....1ml  
Pour usage oculaire.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Conserver à 15 - 25°C.  
Lire attentivement la notice jointe.  
Jeter 30 jours après ouverture.  
Un produit fabriqué par  
Jam'oom Pharmaceuticals Co.  
Jeddah, Arabie Saoudite

Distribué par :

22, rue des Consueurs - Al-Fachra - Casablanca - Maroc  
S. Benachour - Pharmacie Benachour

130,00  
DHS