

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.



Declaration de Maladie

N° W21-808207

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00728 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO RAJAA AGG3M

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Age :

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-808207

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

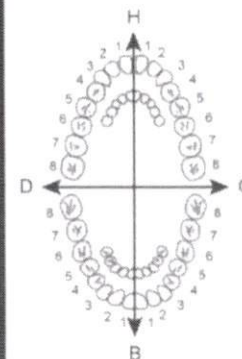
SOINS DENTAIRES

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

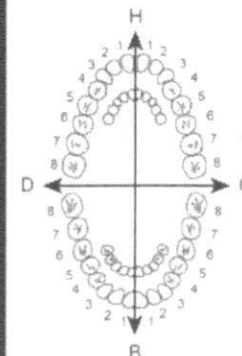
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0019248		 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 19248

DATE DE DEPOT
/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0728	Signature et cachet de l'Adhérent 	
Nom & Prénom BENDOURO RASAA				
Fonction Jeune Abdelmoughit BENDOURO	Phones 0661087354			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date		
Nature de la maladie	Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE Date			Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

PHARMACIE L'ORCHIDÉE

ASWAK ASSALAM

Hay Riad - Rabat

Tél: 0537 71 63 81



صيدلية أوركيدي

أسواق السلام

حي الرياض الرباط

الهاتف: 0537 71 63 81

Facture N° 1413221

Rabat, le 03/04/2023

BENDOUHO RAJAA

Doit

Ordonnance du Dr: Du

01	Dune forte	49,60	49,60
----	------------	-------	-------

La présente facture est
amortie à la somme de
quarante neuf dinars
et soixante centimes

صيدلية أوركيدي
PHARMACIE L'ORCHIDÉE
Hay Riad - Rabat
Tél: 0537 71 63 81

Total 49,60

ICE: 000741730000007

PPV: 49,60 DH

LOT: 20113

EXP: 10/2023

MCC220MA118PE-02

09.01.2020

120x420-120x37:40gr-CS

Notice :

Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I.
 solution buvable en ampoule, boîtes de 3.
 Cholécalficérol (Vitamine D 3).

Veillez lire attentivement

importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin de la relire.
- Adressez vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice
- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE

1. Qu'est-ce que D-Cure forte et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à lire avant d'utiliser D-Cure forte ?
3. Comment prendre D-Cure forte ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver D-Cure forte ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE D-CURE FORTE

- Classe pharmacologique : Vitamines
- Indications thérapeutiques : D-CURE FORTE 100.000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER D-CURE FORTE ?

- N'utilisez pas D-CURE FORTE si vous êtes allergique (hypersensible) au cholécalficérol ou à tout autre excipient de D-CURE FORTE (cf. rubrique 6).
- si vous avez moins de 18 ans.
- si vous souffrez d'hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans le sang) et/ou d'hyperparathyroïdisme (augmentation du taux de l'hormone parathyroïdienne, perturbant le métabolisme de l'os).
- si vous souffrez de pseudo-hypoparathyroïdisme (perturbation du métabolisme de l'os).
- si vous souffrez de phases de sensibilité à la vitamine D qui se régulent mieux sont diminuées dans ces cas.
- si vous avez une prédisposition à la formation de calculs rénaux contenant du calcium.
- si vous avez une hypervitaminose D.
- Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :
 - Utilisez D-CURE FORTE avec précaution si vous présentez des troubles de l'excrétion urinaire de calcium et de phosphate.
 - si vous êtes actuellement traité par des médicaments de benzothiadiazine (utilisés pour stimuler l'excrétion urinaire).
 - chez les patients immobilisés puisqu'ils peuvent développer une hypercalcémie, (augmentation du taux de calcium dans le sang).
 - si vous souffrez de sarcoidose compte tenu du risque accru de conversion de la vitamine D en son métabolite actif. Dans ce cas, il y a lieu de surveiller la calcémie et la calcitriol.
 - la calcémie et la calcitriol.

contenant de la vitamine D ou de calcium ne peut se faire que sous surveillance médicale. Dans ces cas, la dose de vitamine D ou de calcium doit être prise en compte et contrôlée.

D-CURE FORTE, il est recommandé de contrôler les taux de calcium dans le sang et les urines ainsi que la fonction rénale. La surveillance est particulièrement importante chez les personnes âgées recevant un traitement diurétique ou diurétique pour stimuler la fonction cardiaque.