

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° W21-798027

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

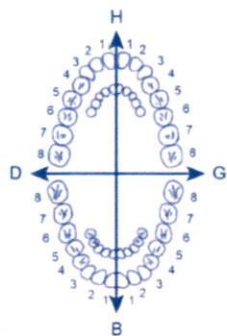
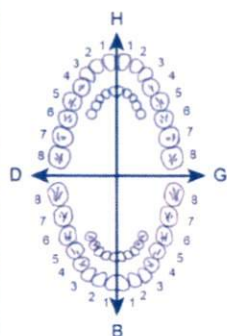
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/01/2024	17890

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				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																		

M.

صيدانية باريس

Pharmacie de PARIS

Mme SOUFIANE Souad

Pharmacienne

8, Place de France - TANGER

Tél 05 39 93 64 24

Tanger

Le

1/01/2024

Facture N°

68

Quantité

Désignation

Prix

Montant

1

Monomest
6hhy PE

17890

17890

SV

صيدانية باريس

Pharmacie de PARIS

Mme SOUFIANE Souad

Pharmacienne

8, Place de France - TANGER

Tél 05 39 93 64 24



Monoprost®

50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

Latanoprost

30 x 0,2 ml

مونوبروست

50 ميكروغرام/ملل

محلول قطرات للعين في وعاء أحادي الجرعة

لتانوبروست

30 x 0,2 ملل

اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

بعد أول فتح للكيس: تستعمل الأوعية أحادية الجرعة في الـ 7 أيام الموالية.

بعد فتح وعاء أحادي الجرعة: يستعمل فوراً ثم يرمى بعد الاستعمال.

رقم التسجيل بالمغرب: 496/17 DMP/21/NNP

مونوبروست

50 ميكروغرام/ملل

محلول قطرات للعين في وعاء أحادي الجرعة

AR يحتوي 1 ملل على

50 ميكروغرام من لتانوبروست.

تحتوي القطرة على حوالي 1.5 ميكروغرام من لتانوبروست.

قائمة السواغات:

هيدروكسيد ستيرات الماكروغولغليسيزول 40 (لمزيد من المعلومات أنظر النشرة)، سوربيتول، كاربومير 974P،

ماكروغول 4000، إيديتات ثنائي الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، وماء للمستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين.

يحفظ بعيداً عن مرمى و متناول الأطفال.

6 118001072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PVP : 178,90 DH

Titulaire
LABORATOIRES THEA
12 RUE LOUIS BLERIOT
63017 CLERMONT-FERRAND
CEDEX 2 FRANCE

Fabricant : EXCELVISION
27, RUE DE LA LOMBARDIERE
ZI LA LOMBARDIERE
07100 ANNONAY France



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



لا يجب استعماله لدى المرأة الحامل
إلا في حالة غياب بديل علاجي

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



Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول أ (لائحة أ) - إلا بوصفة طبية

المالك

مخابر تيبا

12 شارع لويس بليريو

63017 كليرمون ، فيرون سينيكس 2

فرنسا

الصانع : إكسيلفيزيون

27، شارع لومبارديار

م ص لومبارديار

07100 أنوناي فرنسا

26106502

Lot / Fab / EXP :

6S71

05 2023

05 2025

