

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0019880

202807

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2495

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHIA NADIA

Date de naissance : 1355

Adresse : Rue 22 ne 30 lotissement

MANDARONA - CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DJEBLI EL ABDOUL Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
7, Rue Bendahan - Casablanca  
Tél: 05 22 27 49 95

Date de consultation : 01/3/2024

Nom et prénom du malade : TAHIA NADIA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de

### 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
11/3/24	ct		09	<p>Dr. DJEDJ E. AYDOUSI KAHM</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>7, Rue Bensahen - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 74 99 5</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAY RAJA</p> <p>HAY RAJA L'HÉRITAGE</p> <p>125 Bis, Av Des Néolades Rd Anoual</p> <p>Casablanca - Tél: 05 22 86 05 25</p>	01/03/24	248,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>PHARMACIE HAY RAJA</p> <p>HAY RAJA L'HÉRITAGE</p> <p>125 Bis, Av Des Néolades Rd Anoual</p> <p>Casablanca - Tél: 05 22 86 05 25</p>	01/03/24		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

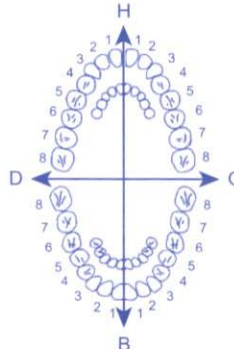
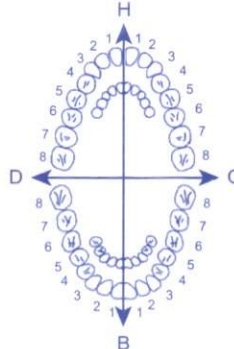
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le : ..... في الدار البيضاء,

Casablanca, le 01 mars 2024

TAHA Nadia

TIMOCOMOD 0,50% (timolol) collyre fl

1 goutte matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

XALATAN 0,005% (latanoprost) collyre fl

1 goutte le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

THEALOSE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

7, زقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 27 49 95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél. : 05.22.27.49.95 / 05.22.47.46.17

INPE : 091045195

STERILE A

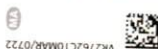


معقم  
تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEA  
B.P. 12782, Bouskoura - Maroc  
PPC - 157 00 DN



V82762C10MAR/0722

Détenteur de la décision d'homologation :  
Laboratoires Théa  
12, rue Louis Blérot  
63017 - Clermont-Ferrand Cedex 2  
France

صاحب شهادة الممثل الطبي:

مخابر ثيّا  
12، شارع لويس بليري  
63017 كليرمون فيرون - سينديكس 2 فرنسا

Théa CE 0459

héalose®

Tréhalose 3 %  
ronate de sodium

0,15 %  
on Ophtalmique  
otège, hydrate  
ifie la surface  
oculaire

10 ml

لامفوم فارما

Solution Ophtalmique stérile  
Voie oculaire

2.5ml

Latanoprost  
LATANO JP 0.005%

Latanoprost  
LATANO JP 0.005%

Lot:

Exp:

PPV : 91 DH 80

