

## 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.

### 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.

N° W19-518816

34129

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>		
Matricule : <b>10017</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>BERRADA NADIA</b>		
Date de naissance : <b>02/04/1964</b>		
Adresse : <b>Rue 3 groupe W n° 58-60 EL ouelfa CASABLANCA</b>		
Tél. : <b>06 61 23 42 32</b>	Total des frais engagés :	<b>574,40 Dhs</b>

<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <b>30.06.20</b>		
Nom et prénom du malade : <b>BERRADA NADIA</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> 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 : <b>CASA</b>	Le : <b>20 JUIL 2020</b>	Signature de l'adhérent(e) : <b>ACCUEIL SIEGE RAM</b>

## **RELEVE 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
20.06.2012	g		<i>J. D.</i>	INP : 05108162 05 90 95 22 50 Signature : Dr J. D. (Signature)

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE Med GUESSOU</b> Bouchra GUESSOUS EL MENTRA <b>Pharmacien</b> Missimi N° 7 Rue 20 Bd. Bourguiba Hassan II - Casablanca Tél: 02-22-22-22-22	30/6/20	PHARMACIE MED GUESSOU Bouchra GUESSOUS EL MENTRA <b>Pharmacien</b> Missimi N° 7 Rue 20 Bd. Bourguiba Hassan II - CASABLANCA Tél: 02-22-22-22-22 57440

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE 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 : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	G	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000   00000000 35533411   11433553	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



~~PHARMACIE MEG ACCESSOIR  
Mme Bouchra GUSSOUF EL MENJAB  
St. Missimi N° 1 Rue 20 Bd. Bourgogne  
Hai Hassani - Safia - CASABLANCA  
Tél. 03 79 03 79~~

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 30/06/2010Mr/Mme Drs. BERRADA MADIA

## • SPECTRUM 250mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

**S.V****S.V**

## • TOBRADEX COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

• DR OUHADI S.  
Ophtalmologiste  
Cabinet 1er Etg. Apt. 3  
Le Riad Allam, Rés. Amalakia  
Bouznika, Casablanca  
Tél. 05 22 55 36 36

## • POMMADE :

Le soir dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

**S.V**

## • OZODROP COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 6 semaines.

**S.V**

## • OPHTASALINE UNIDOSE :

Un lavage le matin dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

## • RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES

**SP****S.V**

• CEDES



Tg le Sam

PHARMACIE MED ACCESSOIR  
Mme Bouchra GUESSOUS ET BENJRA  
Pharmacie  
drl. Mme Bouchra GUESSOUS ET BENJRA  
Casablanca  
5700 Casablanca

LOT 191339  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

16/05/2022  
Souscrit par : Dr. Bouchra GUESSOUS  
Signature : Dr. Bouchra GUESSOUS  
Date : 16/05/2022  
Signature : Dr. Bouchra GUESSOUS

Ophtalmo services  
PPC 90.00 dh

LOT 190980  
EXP 05/2022  
PPV 51.40DH



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex collyre en suspension, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV : 35,70 DHS

406833



6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex collyre en suspension, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV : 35,70 DHS

406833



# OZODROP

SOLUTION OPHTALMIQUE

Lubrifiante et protectrice

avec Lipozon<sup>Eye</sup>



Indications, posologie,  
mises en garde:  
lire la notice.



## FBVISION

Distributrice officielle de

# OZODROP

P.P.C : 129Dh

## Composition

LipozonEye®  
(huile végétale ozonisée auto  
conservatrice, liposomes),  
hydroxypropylméthylcellulose,  
acide borique, tétraborate de  
sodium, EDTA, PHMB,  
eau désionisée.



939278901

 Omisan farmaceutici  
via G. Galilei, Guidonia M. (RM) - Italy

# OZODROP

SOLUTION OPHTALMIQUE

Lubrifiante et protectrice

avec Lipozon<sup>Eye</sup>



Indications, posologie,  
mises en garde:  
lire la notice.



## FBVISION

Distributrice officielle de

# OZODROP

P.P.C : 129Dh

## Composition

LipozonEye®  
(huile végétale ozonisée auto  
conservatrice, liposomes),  
hydroxypropylméthylcellulose,  
acide borique, tétraborate de  
sodium, EDTA, PHMB,  
eau désionisée.



939278901

 Omisan farmaceutici  
via G. Galilei, Guidonia M. (RM) - Italy

Pommade ophtalmique  
جelly آفلاج

Bausch & Lomb  
Laboratoire Chauvin

# FRAKIDEX®

Adulte et  
NE PAS AVALER

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعة الموصى بها

• Utiliser l'ensemble de la boîte. Lire la notice jusqu'à la fin.  
• Utiliser l'ensemble de la boîte. Lire la notice jusqu'à la fin.  
• Utiliser l'ensemble de la boîte. Lire la notice jusqu'à la fin.  
• Utiliser l'ensemble de la boîte. Lire la notice jusqu'à la fin.

Uniquement sur ordonnance.  
25 °C.  
A conserver à une température ne dépassant pas

ENFANTS.  
NE LASSEZ NI A LA PORTE NI A LA VUE DES

Indications et posologie :  
lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.

Z.I. Rippotier Haut - 07200 AUBENAS - FRANCE

Laboratoire Chauvin  
Fabricant/ fabricant :

34000 MONTPELLIER - FRANCE  
416, rue Samuel Morse

Titulaire et Exploitant / مالك و المستغل :

Laboratoire Chauvin

FRAKIDEX  
Pom. Ophta. 5 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 20,80 DH  
ADSP 02 DMP/21/NCI