

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

- ☐ 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° M21- 070171

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7988 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 115439
Nom & Prénom : RAHALI BRAHIM
Date de naissance : 14 05 66
Adresse : APT 05 IMM 4 Résidence AL WIAM
DULFA 22220 Case
Tél. : 0661217567 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 20/04/2022
Nom et prénom du malade : Rahali Zineb Age : 4 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : Casa Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>20</p> <hr/> <p>04</p> <hr/> <p>2022</p>	<p>19,00</p>

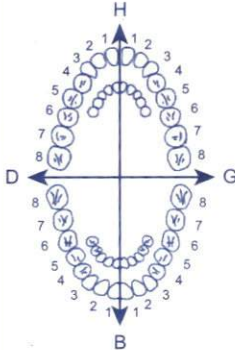
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 B </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

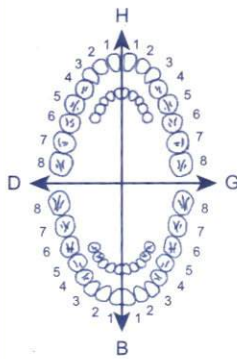
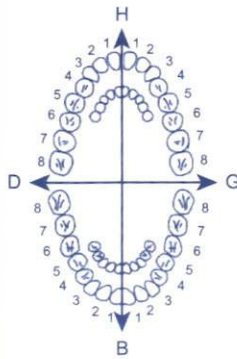
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>3553341111433553G</div><div>B</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

الدكتورة ميارة نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة الحول

العدسات اللاصقة

Casablanca, le **20 avril 2022**

Enf. RAHALI ZINEB

20,00

CORRECTOL



1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

Thérapie 20,00



E10140B00

70x32x32

Correctol® 0,1%

COLLYRE
Inosine
phosphate disodique dihydraté
Facon de 10 ml

كركتول® 0,1%

قطر للعين

إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم ثنائي المائي
قارورة من سعة 10 مل

Correctol® 0,1%
Collyre, Facon de 10 ml
AMM N° 02 04621-10-02



6 118000 020301

CORRECTOL® 0,1% COLLYRE

Voie locale.
EN INSTILLATION OCULAIRE.
NE PAS INJECTER.
NE PAS AVALER.

INDICATIONS:

Traitement d'appoint des
troubles de la vision binoculaire
en complément de la rééducation.

COMPOSITION:

Inosine phosphate
disodique dihydraté 0,1 g
Gluconate de chlorhexidine,
chlorure de sodium, eau purifiée.
Lire attentivement la notice avant
utilisation.

A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Tout flacon entamé doit être utilisé
dans les 15 jours. Notez en clair
la date d'ouverture sur l'emballage.

Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.

COLLYRE
Inosine
phosphate disodique dihydraté
Facon de 10 ml

Correctol® 0,1%

Correctol® 0,1%

كركتول® 0,1% قطرات للعين

استخدام موضعي.
للتقطير في العين.
لا يحقن، لا يبلع.
دواعي الاستعمال :

علاج مساعد لاضطرابات الرؤية
بالعينين، مُكمّل لإعادة تأهيل وظيفة
العينين :

إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم
ثنائي المائي..... 0,1 غرام
غلوكونات الكلورهكسيدين، كلورور
الصوديوم، ماء مصفى.

اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25
درجة مئوية.

يجب استخدام أي قارورة مفتوحة
خلال 15 يومًا. أكتب بوضوح تاريخ
الفتح على العبوة.

يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

سوتهما
SOTHEMA

Titulaire d'AMM/ Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



04/20

Correctol® 0,1%

COLLYRE
Inosine
phosphate disodique dihydraté
Facon de 10 ml