

# 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

M22- 0011127

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1857 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. Aicha

Date de naissance : 21/01/1950

Adresse :

Tél. : 0641457591 Total des frais engagés : 45,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 AOUT 2022

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 : 17/12/2022 Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/12/2022

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدية المدينة الخضراء PHARMACIE GREENTOWN Dr. MARIAM AZENAR Centre Commercial Casa Green Town Tél.: +212 520 52 63 59</p>	01/07/22	# 45,90 #

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

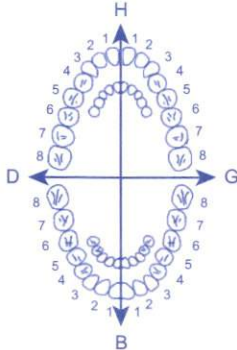
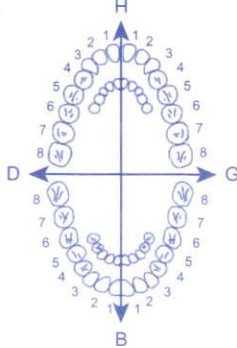
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

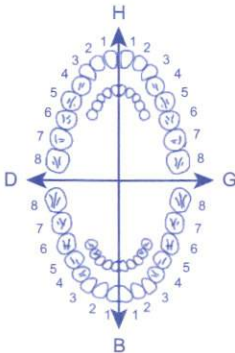
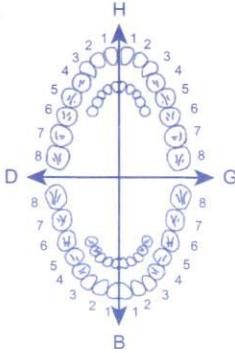
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<div>H</div> <table><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>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
	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 L'EXECUTION





- Ophthalmologist
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقه سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le ..... 01 juillet 2022

Mme NOR Aicha

45,90  
1/ CILOXAN COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

2/ MASSAGE DU SAC LACRYMAL

dans l'œil gauche

3/ PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire, dans l'œil gauche

صيدلية المدينة الخضراء  
PHARMACIE GREENTOWN  
Dr. Maria AZENNAR  
Casa Green Town Commercial  
Bouskoura Tel +212 529-528359

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca  
Tel: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39, زنفرة الفرات - الطابق الأول, رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maarif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71



COLLYRE  
CILOXAN® 0,3%

EXP : 04 2023

16PX1D

Lot :

8889391 MA

8889391 MA

5



**NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبلع.

يجب احترام الجرعات الموصوفة

**Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT  
SUR ORDONNANCE**

جدول أ (لائحة أ) : يصرف فقط  
بموجب وصفة طبية



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

كن حذرا لا تقد السيارة دون قراءة  
النشرة

**Titulaire d'AMM au Maroc:**  
صاحب رخصة التصويق بالمغرب  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P N°1 - 27182  
Bouskoura-Maroc

**Fabricant :** المصنع  
Alcon-Couvreur N.V.  
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camiel Fabre 58, 08320 El Masnou,  
Espagne

**CILOXAN® 0,3%**  
**سيلوكسان 0,3 %**

**COLLYRE**

**قطرات العين**

**Ciprofloxacin**

**سيبروفلوكساسين**

5 ml

مل 5

**NOVARTIS**

Voie ophtalmique  
**EN INSTILLATION OCULAIRE**

**COMPOSITION :**  
1 ml de collyre contient 3,5 mg  
Chlorhydrate de Ciprofloxacin  
(3 mg de ciprofloxacin-base)

**Excipient à effet notoire :**  
Chlorure de benzalkonium.  
**Lire attentivement la notice avant  
emploi.**

A conserver à une température  
ambiante (15°-25°C), à l'abri de la  
lumière et de la chaleur.

**TENIR HORS DE LA PORTEE  
ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

Ne pas mettre au réfrigérateur.  
Ne pas congeler.  
Ne pas utiliser au delà de 30 jours  
après la première ouverture du flacon.

عن طريق العين. للتقطير في العين  
**التريكية**  
يحتوي 1 مل من سيلوكسان قطرات  
العين على: سيبروفلوكساسين  
هيدروكلوريد (المادة الفعالة) 3,5 ملغ  
(= 3 ملغ من سيبروفلوكساسين قاعدة)  
سواغ ذات تأثير معروف  
كلوريد البنزألكونيوم

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحفظ في درجة حرارة معتدلة 15-25  
درجة مئوية بعيدا عن الضوء والحرارة  
لا يوضع في الثلاجة ولا يجمد  
يحفظ الدواء بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال  
لا يستخدم بعد مرور 30 يوم على اليوم  
الذي تمت فيه بفتح الغنية لأول مرة.

6 118001 070176  
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NPQ  
Laboratoires SotHEMA  
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO  
406434

