

# 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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0012518

149567

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LOTAI A H M E D

Date de naissance : 09-07-1962

Adresse : HABITUE PLE

Tél. : 0635728080 Total des frais engagés : 54,80 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 : .....

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) : .....

## 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.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RIBAYADI Nouzha Université El Jadida Oum Rabia - El Jadida Casablanca 0522.91.17.51	13.2.23	5420

## **ANALYSES - RADIographies**

AUXILIAIRES MEDICAUX

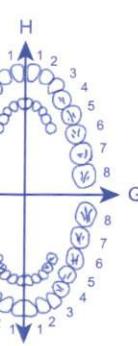
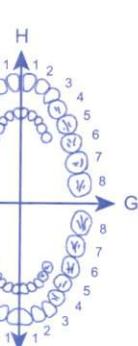
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE NOUZHA**

MME DIOURI AYADI NOUZHA  
602 BD OUM EL RABIA EL OULFA  
CASABLANCA  
Taxe Profes. N°: 35035000  
N° R.C. : 234244 N° CNSS :  
N° ID.F. : N° ICE 001665688000086  
Tel : 901715  
Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

CASA

CASA

Le : 13/02/2023

**FACTURE N°: 45089/23**

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ASPRO EFFERVESCENT	17,00	7	17,00
1	FUCITHALMIC POMMADE OPHT	37,20	7	37,20
TVA 7%:		3.55	Total :	
			54,20	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :  
CINQUANTE QUATRE DIRHAMS ET VINGT CTS

Pharmacie  
DIOURI AYADI NOUZHA  
Société d'importation et de distribution  
602, Bd Oum Rabia - El Oulfa  
Casablanca - Maroc  
Tél: 0522.90.17.15  
Fax: 0522.90.17.15 - Casablanca  
Tél: 0522.90.17.15 - Casablanca  
Fax: 0522.90.17.15 - Casablanca

057752

LOT: C84321  
EXP: 10/2025

## Fucithalmic® 1%

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

%1 Fucithalmic® %1



عمر الملح - اصفر  
العرضات الموصوفة

قائمة رقم 1 - بوصفت طبية فقط

23 x 22 x 91  
CIE042A.03

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile

BP 10677 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20



6

118001

200818



المسار العيني (بصري)

يجب عدم الإبتلاع

يُحْفَظ بِعِدَّةَ النَّسْرَةِ الطَّبِيعِيَّةِ قَبْلَ الْإِسْتِعْمَالِ

يُحْفَظ بِعِدَّةَ رُؤْيَا وَمَنَاؤِ الْأَطْفَالِ

مدة الحفظ بعد الفتح: 10 يوم

EPI titulaire de l'AMM au Maroc :

Rue Amyot d'Invile - Quartier Arsalane

Casablanca - Maroc

Fabricant :

LEO Laboratories Ltd.

Cashel Road, Dublin 12, Ireland®

CN-103841-01

## Fucithalmic® 1%

Acide fusidique  
Gel ophtalmique

## %1 Fucithalmic®

حمض فوسيدى

مرهم لعيون أنتوبية من 3 جرام

AMDIPHARM

### Composition:

Acide fusidique : 30 mg pour 3 g de gel

### Excipients:

chlorure de benzalkonium, édétate de sodium, mannitol, carbomére, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Excipients à effet notable : chlorure de benzalkonium  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

voie ophtalmique (oculaire).  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.

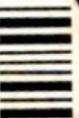
Durée de conservation après  
ouverture : 15 jours.

Tube de 3 g

1%

Fucithalmic® 1%  
%1 Fucithalmic®  
Gel ophtalmique  
فُوسيثالميك  
مرهم للعين

1%



التركيبة:  
حامض الفوسيديليك، 30 ملليجرام لـ 3 جرام (هلام).

المكونات:  
الكلوريد البنزالكتونيوم، إيدئتيت الصوديوم، دي-ماننitol، كاربومير

(كاربوميل 701)، معلول هيدرووكسيد الصوديوم، ماء التصفيف.

متوافق مع المعايير: المعايير المرجعية المعروفة.

لمزيد من المعلومات انظر الشارة المرفقة.

1%

# **ASPRO®**

---

## **500 mg**



**SOULAGE  
LA DOULEUR  
FAST PAIN RELIEF  
20 comprimés  
EFFERVESCENTS**

PPU: 17.00 DH  
CB05495  
EXP: 11/2025