

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-773945

149874

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0738 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DER MOUMI ZOHR A  
 Date de naissance : 01/10/1945  
 Adresse : 402 Bd Zerktouni Résidence  
 Téh. : 0661094885  
 Total des frais engagés : # 872,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23-01-2023  
 Nom et prénom du malade : DER MOUMI ZOHR A Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Casa Le : 17/01/2023 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDR N° A-A-215/2019



# 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
23.01.2023	Consultation	300 DM		
2023	Spécialité			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Pature
	23/01/2023	572,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

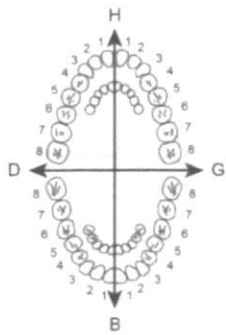
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

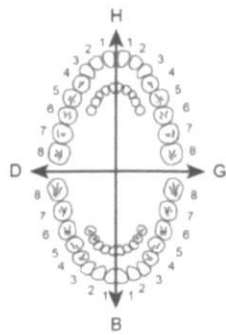
Important :

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	INP : <input type="text"/>
				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

	<div><div>H 25533412 00000000 D 00000000 35533411</div><div>H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B</div></div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	<div><div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>	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



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mme DERMOUNI ZOHRA**

**ZYLET COLLYRE**

1 GTTE X 3 / J X 15 J , dans les deux yeux

**AQUALARM UP INTENSIVE**

1 gtte x 4 / j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**FRAKIDEX: pde**

1 application le soir + les paupieres, dans les deux yeux, pendant 8

jours



Casablanca , le **23/01/2023**

96. شارع 2 مارس. إقامة وليلي العمارة أ. الطابق 2. الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58

96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

المستعجلات : 06 64 17 10 21 - 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES

INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046



BAUSCH+LOMB

ZYLET®

Etabonate de lotépreinol 0.5%

BAUSCH+LOMB

Aqualarm® U.P. intensive

0,24% d'acide hyaluronique (sous forme de hyaluronate de sodium)

FRAKIDEX®

Pommade ophtalmique  
Phosphate sodique de dexaméthasone - Sulfate de  
framycétine

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice

AGITER VIGOREUSEMENT  
AVANT UTILISATION

ترج القارورة بقوة  
قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.

للاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma  
PPV = 117,00 DHS

Dexaméthasone (phosphate sodique de)  
Emmucatina (sulfate de)

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
9<sup>e</sup> zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc.  
PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

sur votre

En doute, demandez  
à votre pharmacien.  
Ne prescrivez pas  
en cas de  
besoin de la relire.

100 g  
0,1 g  
315 000 UI  
paraffine liquide.

tionneur:

Aqualarm  
U.P. intensive

0.24% hyaluronic acid  
(as sodium hyaluronate)

ZENITH Pharma  
PPC : 145,00 DH

Aqualarm®  
U.P. intensive

0.24% hyaluronic acid  
(as sodium hyaluronate)

ZENITH Pharma  
PPC : 145,00 DH

particulier s'il s'agit d'un collyre et  
médicament obtenu sans ordonnance.  
Notamment des médicaments pouvant donner certains  
troubles du rythme cardiaque (astém  
érythromycine en injection intra-veine  
pentamidine, sparflaxocine, tétréna  
vincamine).  
Informez votre médecin si vous utili  
du cobicistat, car cela peut augmen  
dexaméthasone dans votre sang.  
Surdosage:  
Aucun surdosage n'a été rapporté  
applications répétées de façon pon  
entraîner un passage systémique  
des principes actifs, une hyperten  
opacification du cristallin, kératiti  
de cicatrisation. De ce fait, une s  
particulièrement attentive est né

3. COMMENT UTILISER FRAKIDEX® Pommade  
Voie locale. En application oculaire. Se laver  
soigneusement les mains. Eviter de toucher l'œil et les  
paupières avec l'embout du tube. Reboucher le tube  
après utilisation. 1 à 3 applicati  
Appliquer une quantité équivalen  
dans le cul de sac conjonctival in  
ou des yeux malades et éventuel  
la paupière.  
Pour ce faire, tirer la paupière vers  
regardant vers le haut et déposer  
paupière et le globe oculaire. Ne  
paupières avec l'extrémité du tube  
Reboucher le tube de pommade.

Aqualarm  
J.P. intensive

0.24% hyaluronic acid  
(as sodium hyaluronate)

ZENITH Pharma  
PPC : 145,00 DH

1

2