

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

- 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.

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° W21-787782

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8328 Société : 161008

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 MAI 2023

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) :

VOLET ADHÉRENT

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/04/2023

116,20

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

AM

PC

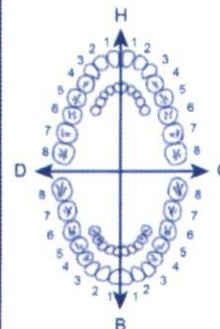
IM

IV

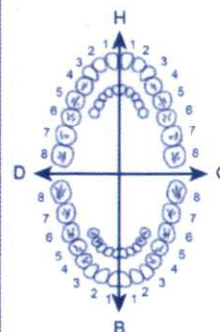
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 27 avril 2023

HAROUROUD Nadia

Instiller dans l'œil gauche,

2460x3
1 FRAKIDEX collyre

1 goutte 3 fois par jour pendant 21 jours
puis 1 goutte 2 fois par jour pendant 21 jours

20.80
FRAKIDEX pommade

3 fois par jour pendant 15 jours
puis 2 fois par jour pendant 15 jours

21.60
PANSEMENTS OCULAIRES

116.20
au coucher pendant 15 jours

FRAKIDEX®

فرايديدكس®

Collyre en solution
قطرات بشكل محلول

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ



6118001270118

PPV: 24.60 JHS

LOT/عيار: H8384
FAB/التابع: 04-2022
EXP/تاريخ انتهاء: 03-2024

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

فرايديدكس®
Collyre en solution
قطرات بشكل محلول

FRAKIDEX®

C1DZMATN03
Art. 86273

Fabricant et distributeur:
LABORATOIRE CHAUVIN
416, rue samuel morse - CS 99535
07200 Aubenas - France

AMM France n° 218/16 DMP/21/NRQ
D.E. Algérie n° 096/1701/108/99
AMM Tunisie n° 5283072
Régistre des médicaments
347 349 53

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
الاحترام في الجرعات الموصوفة
Flacon de 5 ml (flacon de 167 gouttes)
Uniquement sur ordonnance
مصر فقط وبصفة طبية فقط

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

Collyre en solution
قطرات بشكل محلول

FRAKIDEX®
فرايديدكس®

Sulfate de framycétine 6300 UI/ml
Phosphate sodique de dexaméthasone 1 mg/ml
في محلول فرياميسيترون 6300 وحدة دولية / مل
مواظبات في ديكساميثازون 1 مل / مل

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
Se reporter à la notice intérieure.

حالات الاستعمال، المقتضيات، التحذير
أنظر النشرة داخل العلبة

Voie ophtalmique / Instiller dans l'œil
للاستعمال في العين / تقطير في العين

Ce médicament est à conserver à une température inférieure à 25°C.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة اأدنى من 25 °م.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours après ouverture du flacon.

لا يجوز حفظه أكثر من 15 يوما بعد فتح القارورة.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE,
NI À LA VUE DES ENFANTS.

لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.
قائمة I / I



Soyez prudent

Ne pas conduire sans avoir lu la notice

كن حذرا

تجنب القيادة قبل قراءة النشرة

Frakidex®

NE PAS AVALER

لا يبتلع

NE PAS INJECTER

لا يحقن

FRAKIDEX®

فرايديدكس®

Collyre en solution
قطرات بشكل محلول

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ



6118001270118

PPV: 24.60 JHS

لتر بروج: 04-2022
لتر بروج: 03-2024
لتر بروج: 04-2022
لتر بروج: 03-2024

H8384

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

فرايديدكس®
Collyre en solution
قطرات بشكل محلول

FRAKIDEX®

C1DZMATN03
Art. 86273

Fabricant et distributeur:
LABORATOIRE CHAUVIN
416, rue samuel moresco - CS 99535
07200 Aubenas - France

AMM France n° 218/16 DMP/21/NRQ
D.E. Algérie n° 096/170108/99
AMM Tunisie n° 5283072
AMM Maroc n° 347 349 53
AMM Egypte n° 167/2016/16 DMP/21/NRQ

Flacon de 5 ml (flacon de 167 gouttes)
Uniquement sur ordonnance
Respecter les doses prescrites

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

Collyre en solution
قطرات بشكل محلول

FRAKIDEX®
فرايديدكس®

Sulfate de framycétine 6300 UI/ml
Phosphate sodique de dexamethasone 1 mg/ml
Sulfate de framycétine 6300 UI/ml
Phosphate sodique de dexamethasone 1 mg/ml

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
Se reporter à la notice intérieure.

حالات الاستعمال، المقتضيات، التحذير
أنظر النشرة داخل العلبة

Voie ophtalmique / Instiller dans l'œil
للاستعمال في العين / تقطير في العين

Ce médicament est à conserver à une température inférieure à 25°C.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25°م.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours après ouverture du flacon.

لا يجوز حفظه أكثر من 15 يوما بعد فتح القارورة.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE,
NI À LA VUE DES ENFANTS.

لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.
قائمة I / 1



Soyez prudent
Ne pas conduire sans avoir lu la notice
كن حذرا
تجنب القيادة قبل قراءة النشرة

Frakidex®



NE PAS INJECTER
لا يحقن