

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.



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

202891

Déclaration de Maladie

M24-0013154

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 728 Société : PA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : PA

Nom & Prénom : BENDOURO RAJAA

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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M24- 013154**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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 type="text"/>																				
				Montant des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																					
			Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																						

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0019251			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 14 / 19251

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 728	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BENDOUR RAJAA			
Fonction veuve	Phones 0661087354		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes			Signature et cachet du médecin
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE			Signature et cachet de la pharmacie
Montant de la facture			
TOTAL = 60,00 			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC IM IV		

PHARMACIE L'ORCHIDÉE

ASWAK ASSALAM

Hay Riad - Rabat

Tél: 0537 71 63 81



صيدلية أوركيدي

أسواق السلام

حي الرياض الرباط

الهاتف: 0537 71 63 81

Facture N° 6124

Rabat, le 06/01/2024

M^r Benelmo Rajac

Doit

Ordonnance du Dr: Du

01 ceforan pommade 60,00 60,00

la présente facture est
amplie à la somme
de sixante Dhs

صيدلية أوركيدي
PHARMACIE L'ORCHIDÉE
أسواق السلام
حي الرياض الرباط
TEL: 0537 71 63 81 / 0537 71 20 37 - RABAT

Total 60,00
Dhs

645792 MA

CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g Remboursable AMO
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ
PPV: 60,00 DHS



NOVARIS

**NOTICE : INFORMATION DE
L'UTILISATEUR**

CILOXAN® 0,3 % **Pommeade ophtalmique**

Ciprofloxacin
Tube de 3,5 g

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à



1,25 cm dans le cul de sac conjonctival (ou sur le bord libre de la paupière).

3^{ème} au 7^{ème} jour : appliquer 2 fois par jour un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival (ou sur le bord libre de la paupière).

En cas d'ulcère cornéen :

Adultes et enfants à partir de 1 an :

La pommade ophtalmique Ciloxan doit être appliquée selon les intervalles de temps suivants, également pendant la nuit :

1^{er} et 2^{ème} jour : appliquer toutes les 1-2 heures un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival.

3^{ème} au 14^{ème} jour : appliquer toutes les 4 heures un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival.