

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Matricule : 728 Société : *PA*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDOUKO 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) :

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 :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H D	G G	
		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution		

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			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 728	Signature et cachet du médecin	
Nom & Prénom		BENDOUR RAJAA		
Fonction	Reuse	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		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture				
Tahal = 60,00				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC			IM
CACHET				

PHARMACIE L'ORCHIDÉE

ASWAK ASSALAM

Hay Riad - Rabat

Tél: 0537 71 63 81



صيدلية اوركيدى

أسواق السلام

حي الرياض الرباط

الهاتف: 0537 71 63 81

Facture N° 6124

Rabat, le 06/06/2024

M. Benchaâda Rajaa Doit

Ordonnance du Dr: Du

od cipoxan pomme de 60,00 60,00

la présente facture est
annexe à l'ordre de
dr Benchaâda Rajaa

صيدلية اوركيدى
PHARMACIE L'ORCHIDEE
أسواق السلام
TEL : 0537 71 63 81 / 0537 57 20 37 - HAY RIAD - RABAT

Total 60,00
D.M

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



6 118001 070855

692274 MA



**NOTICE : INFORMATION DE
L'UTILISATEUR**

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

Ciprofloxacine

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 des formations 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.