

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.

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.

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° W19-438900

CP

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 277 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Mohamed

Date de naissance : 26/09/1979

Adresse : B° Mouda Banketa n° 372 Casa.

Tél. : 0649187596 Total des frais engagés : 541,55 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 26 SEPT 2019

Date de consultation : 26/09/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Conjunctivite Aiguë

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 : 16/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-438900

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 : 277
Nom de l'adhérent(e) : YAMNA
Total des frais engagés : 541,55
Date de dépôt :

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
26 SEP 2019	S		200	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STP PHARMACIE HAJA Lot. N°1500000000 Casablanca - 11500	26/09/19	375

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

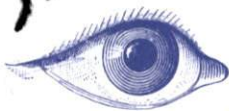
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur N. RIAH



الدكتورة ن. رياح

Ophthalmologiste (Adultes et Enfants)

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France

Ancienne résidente à l'Hôpital 20 Août

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

إختصاصية في الطب و جراحة العيون (صغار و كبار)

داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي

بوانت أيتز - فرنسا

طبيبة مقيمة سابقة بمستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة بفرنسا

Casablanca, le :

26 Sept 18

Mme Yasmine

Jouini

1 - Lavage au sérum

44.400 x 14/jour SV

2 - Collyre - 1 gte x 4/jour SV

3 - Chikrocastur (2 boîtes)

25.400 x 2 gte x 4/jour SV

4 - Mariche - 1 gte x 4/jour SV

إقامة حبيبة, رقم 78, الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الرباط - الدار البيضاء

Résidence Elhabra, Numéro 78, 2 ème étage, Boulevard El haj fateh - Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 13 49

G - Hygel

180,00

341,55

2 the

x 8 gaut

SV

28 Tayzees

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lott. Hajjouch N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tel: 0522 95 10 28



dose

• POUR INHALATION EN AÉROSOLTHÉRA
Mode d'emploi

ZENITH Pharma
PPC : 35,95 DH

**NOTICE :
INFORMATION DE L'UTILISATEUR**

CELLUVISC®

4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose
Carmellose sodique

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 3. COMMENT UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
-
1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

SUBSTITUT LACRYMAL

Précautions d'emploi

Informez votre médecin sur vos maladies actuelles, vos antécédents médicaux et vos traitements. N'oubliez pas de lui préciser si vous êtes allergique.

Le sulfate de néomycine peut parfois provoquer une sensibilisation cutanée : dans ce cas, consultez votre médecin.

En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition des symptômes anormaux, consultez votre médecin immédiatement.

En cas de traitement prolongé par ce collyre, une

Précautions d'emploi

Informez votre médecin sur vos maladies actuelles, vos antécédents médicaux et vos traitements. N'oubliez pas de lui préciser si vous êtes allergique.

Le sulfate de néomycine peut parfois provoquer une sensibilisation cutanée : dans ce cas, consultez votre médecin.

En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition des symptômes anormaux, consultez votre médecin immédiatement.

En cas de traitement prolongé par ce collyre, une

12, RUE LOUIS BLERIOU
63017 CLERMONT-FR

Fabricant
EXCELVISION
RUE DE LA LOMBAR
07100 ANNONAY

La dernière date à laquelle
est le 21 février 2011
Date d'approbation Algérie: Mai 2011

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

Notice : Information de l'utilisateur

MAXIDROL® , pommade

Dexaméthasone

Sulfate de néomycine



Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade opht., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805



Mode d'emploi

**Veillez lire attentivement ces informations
aideront à utiliser correctement**

HYLO®-GE

Hyaluronate de sodium 2

**Pour l'hydratation intensive, thérapeutique de la surface
de l'oeil en cas de sensation de sécheresse oculaire
sévère et chronique ainsi qu'après une chirurgie des yeux.**

Qu'est-ce que HYLO®-GEL ?

HYLO®-GEL est un collyre stérile, sans phosphate et sans conservateur, contenant 2 mg/ml d'hyaluronate de sodium, un tampon citrate, du sorbitol et de l'eau.

À quoi sert HYLO®-GEL ?

Pour l'hydratation intensive, thérapeutique de la surface de l'oeil en cas de sensation de sécheresse oculaire sévère et chronique ainsi qu'après une chirurgie des yeux.

Quand faut-il utiliser HYLO®-GEL ?

**Veillez lire
ce mode**

- Garder
- Si vous
- plus
- Ce mode
- jamais
- cela
- Si l'ur
- effet
- médi

Dans cet

1. QU'ES
CAS E
2. QUELL
MAXID
3. COMM
4. QUELS
5. COMM

LOT

PPC:

2 9 3 8 5 5

1 8 0 0 H

180,00