

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014468

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 750 Société :

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 :

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

Déclaration de maladie N° P19- 0014468

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 :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

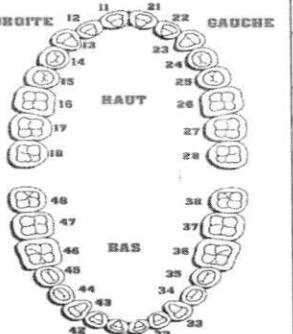
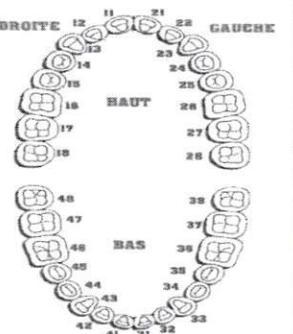
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	Coefficient des						
				<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						
	<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>(Création, Rémont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		<input type="text"/>
D	H									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553									
G										
				Montant des soins						
				<input type="text"/>						
				Date du devis						
				<input type="text"/>						
				Fin de						

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

W18-385049

DATE DE DEPOT

21/5/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

750



Nom & Prénom *M. BRAHIMI Mohamed*

Fonction *Retraité* Phones *0661241340*

Mail *mibrahimi50@yahoo.fr*

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date *02/05/2019*

Montant de la facture

389,20



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires



AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV	



Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancienne interne et attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

Casablanca, le jeudi 2 mai 2019

Monsieur IBRAHIMY Mohamed

- OXYAL Collyre(Hyaluronate de Na 0,15%)fl

60,00

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 4 mois

- GANFORT (Bimatoprost.Timolol) COLLYRE fl

234,00

1 goutte, le soir, pendant 4 mois

- XOLA

95,20

1 goutte x 2 / j 4 mois

T = 389,20

صيدلية الرودانى
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Bd Zerkouni Casablanca
Tél : 05 22 94 91 66
Fax : 05 22 94 91 66



chlorhydrate de dorzolamide

Solution Ophthalmique Stérile

COMPOSITION :

Chaque ml de Xola® contient 22,26 mg de chlorhydrate de dorzolamide équivalent à 20 mg de dorzolamide, conservateur : chlorure de benzalkonium et eau pour injection.

MECANISMES D'ACTION :

Le chlorhydrate de dorzolamide est un puissant inhibiteur de l'anhydrase carbonique humaine, de type II. L'inhibition de l'anhydrase carbonique dans les procès ciliaires de l'œil diminue la sécrétion d'humeur aqueuse, en ralentissant probablement la formation des ions bicarbonates, avec une diminution secondaire du transport du sodium et des liquides.

INDICATIONS ET MODE D'EMPLOI :

Xola® est indiqué dans le traitement de la pression intraoculaire élevée (PIO) chez les patients présentant un glaucome à angle ouvert ou une hypertension oculaire. En monothérapie, la dose de Xola® est d'une goutte dans le cul de sac conjonctival de l'œil (les yeux) atteint(s), 3 fois par jour. En association à un autre médicament ophtalmique, la dose est d'une goutte de Xola® dans le cul de sac conjonctival (les yeux) atteint(s), 2 fois par jour.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients.
- Le dorzolamide n'a pas été étudié chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min) ou une acidose hyperchloraémique. Le dorzolamide et ses métabolites étant excrétés par la voie rénale, le dorzolamide est, en conséquence, contre-indiqué.
- Acidose hyperchloraémique.

MISES EN GARDE :

Ne pas injecter dans l'œil.

PRÉCAUTIONS :

Grossesse: aucun effet tératogène, lié au traitement, n'a été observé à 1mg/kg/jour. Il n'existe pas de données suffisamment pertinentes sur l'utilisation de ce médicament chez la femme enceinte. Le dorzolamide ne doit être donné qu'en cas d'absence de rapport bénéfice-maman / risque-fœtus le justifiant.

Allaitement: On ne sait pas si le dorzolamide est présent dans le lait maternel. Chez des rongeurs allaitantes, on a observé une diminution de la croissance.

Si le traitement par dorzolamide est nécessaire, l'allaitement doit être évité.

Utilisation chez l'enfant: La sécurité et l'efficacité n'ont pas été établies.

CD 00
RIMAPHARMA

PVC : 60,00

PPV: 234 DH 00

Medicament autorise N°33 DMP/21/NRQ

PPV : 95 DH 20