

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## cique :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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- 0023234

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 033 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- 0023234

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 : .....

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien.  
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
 R-Z = Electro-Radiologie  
 B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au malade contrôlé de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                     | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                      | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU                | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                      |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                         | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit           | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes     | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnements | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                    |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
 Matricule : ..... 0333 Fonction : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL RHALTA BELKRET Age : .....  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Affect. ....

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A ..... , je .....

Durée d'utilisation 3 mois

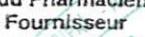
Signature et cachet du médecin

Dr. Lahcen ZAFAR  
Ange que Med Bahis  
Quartier Palmeras Casablanca  
Ophtalmologie Rue Sidi Abdellah

## 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
14/01/19	CS	—	300 016	Dr. Laheen ZAFAR Ophthalmologiste Angle Rue Med El Hidjja Mansard Quartier Palmiers - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL-SALAM Tel: 0522 79 88 Casablanca El Ray Al Adliah - Al Salam	14/05/2019	28,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>NOTR' OPT</i> <i>Angle Bd. 2 Mars et Bd. El Kads - Mag. CASA Cherif 2019</i>	<i>14/06/2019</i>			<i>Monture</i> <i>H Voyage</i>		<i>1550</i>

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des :

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODE.

C.D.F.  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



**ORDONNANCE**

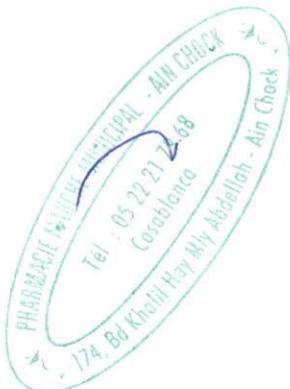
**14 mai 2019**

**Mme BELKRET EI Rhalia**

22/05

**1/ SICCAPROTECT : collyre**

1 goutte 3 à 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois



**Dr. Lahcen ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmier - Casablanca

Lire attentivement la notice

# Siccaprotect® Collyre

Dexpanthérol et Alcool polyvinyle

## Présentation:

Collyre: Flacon compte-gouttes de 10 ml

## Composition:

	Par ml
- Dexpanthérol	30 mg
- Alcool polyvinyle	14 mg

## Excipients:

Phosphate monopotassique, phosphate dipotassique, eau pour préparations injectables.

## Excipient à effet notoire:

Chlorure de benzalkonium.

## Mode d'action:

Larme artificielle

## Indications:

Traitemen symptomatic du dessèchement cornéen et conjonctival suite à des troubles de la sécrétion lacrymale dus soit à une affection topique ou systémique soit à une fermeture insuffisante de la paupière.

Humidification des lentilles de contact dures lors de l'utilisation.

## Contre-indications:

Hypersensibilité à l'un des composants.

## Précautions d'emploi:

Le collyre Siccaprotect® ne doit pas être appliqué lors du port de lentilles de contact souple (hydrophiles). Les lentilles de contact souples doivent être enlevées avant l'instillation du collyre Siccaprotect® et ne doivent être remises que 15 minutes plus tard.

## Posologie et mode d'administration:

Instiller 6 gouttes par jour dans le cul-de-sac conjonctival.

Le collyre Siccaprotect® est à instiller dans le cul-de-sac conjonctival. Pour cela incliner la tête légèrement en arrière, regarder vers le haut et éloigner la paupière inférieure de l'œil. Faire tomber une goutte dans le cul-de-sac conjonctival en appuyant légèrement sur le flacon. L'ouverture du flacon ne doit pas entrer en contact avec l'œil. Fermer doucement l'œil après l'instillation. Refermer le flacon immédiatement après usage.

## Conservation:

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.

A utiliser dans les 6 semaines après ouverture du flacon.

Bien refermer le flacon après usage.

Ne pas stocker à plus de 25°C.

L'information complète et détaillée sur ce médicament est à la disposition de votre médecin et de votre pharmacien.

## Ne pas laisser à la portée des enfants!

## Date de révision:

Octobre 2015.

## Fabriquant:

URSAPHARM Arzneimittel GmbH

Industriestraße, 66129 Saarbrücken, Allemagne

## Exploitant:

Laboratoires STERIPHARMA

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf, Casablanca - MAROC

Tel.: 0 02 12 22 97 20 89, Fax: 0 02 12 22 97 20 56

Amine Tahiri. Pharmacien Responsable



BD 15007

LCB 3016



**ORDONNANCE**

**14 mai 2019**

**Mme BELKRET EI Rhalia**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques

VL :

OD = + 0.50 (- 2.25 à 100°)

OG = + 0.50

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 3.25 (- 2.25 à 100°)

OG = + 3.25

~~OTR OPTIC~~  
Angle Bd. 2 Mars et Bd.  
El Kods - Mag. N°5  
H. Al Majda - Ain Chock - CASA  
Tél : 05 22 52 59 88

*Dr. Laheen ZAFAD*  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

opticienne optométriste

Contactologue

Angle Bd. 2Mars et Bd El Kods  
Imm Al Majd n°5 - Aïn Chok  
Casablanca - Tél. : 05 22 52 59 88  
GSM : 06 80 08 52 40

Facture 0004772

N° Identification : 02202896

Patente : 34062115

R. C. : 127047

1CE:000037335000076

Nom et Prénom : Belkret EL Rhalia Date 14.06.2019

Vision de Loin

OD : Sph +0,50 cyl -2,25 à 100

OG : Sph +0,50 cyl

Vision de Près

OD : Sph +3,25 cyl -2,25 à 100

OG : Sph +3,25 cyl

Double Foyer

OD : Sph \_\_\_\_\_ Cyl \_\_\_\_\_ ADD : \_\_\_\_\_

OG : Sph \_\_\_\_\_ Cyl \_\_\_\_\_ ADD : \_\_\_\_\_

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : Optique	300 dfl
	Verre : Organique Antireflet Aminci	1250 dfl

Montant en lettres : Mille Cinq Cent Cinq-Quarante dinhams.

Total 1550 dfl

NOTROPTIC  
Cachet & Signature  
Angle Bd 2 Mars et Bd.  
El Kods - Mag. N°5  
Imm. Al Majd - Aïn Chok - CASA  
Tel : 05 22 52 59 88