

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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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° P19-0037553

ND-29157

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50047

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OKACHA KEBIR

Date de naissance : 1934

Adresse : OULED AZZOUZ Bloc 06 NR35 OULFA Casablanca

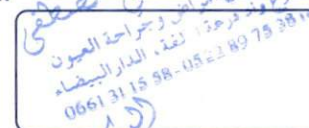
Tél. : 0522 013087

Total des frais engagés : 331,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 JUN 2020

Nom et prénom du malade : BADRE Zahra

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037553

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 :

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		200.00	<p>إختصاصي في أمراض النساء والتوليد 51، شارع وادي دجلة 9، بغداد، العراق الهاتف: 38 39 75 89 - 05-58</p> <p>الدكتور مصطفى</p>

Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AHMED Lot. 1 Unité 6 Oulad AZOUZ Casablanca - Tel : 05 22 65 85 00	03/06/2020	131,80

Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires[illegible]

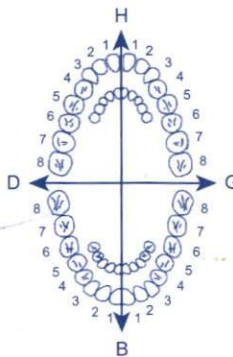
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan

Coefficient

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

000000000

D

00000000

35533411

日

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

G

00000000

35533411

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

D

G

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 03 JUIN 2020

29,40

BADRE Zahra

1) chibrocadron

١٠٥ د = ٢٢٥ م (5)

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot. 1 Unite 6 Oudad Azouz
Casablanca - Tel: 05 22 85 86 08

44,40

2) celuvise gel of



3٢٣ م

58,00

3) Indocollre

131,80

٢٢٥ م

الدكتور المرواني مصطفى
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
51، شارع واد درعة الألف، الدار البيضاء
الهاتف: 06 61 15 58 / 05 22 89 75 38



NOTICE :
INFORMATION DE L'UTILISATEUR



CELLUVISC®

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

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament
importantes pour votre traitement.

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

Les effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un autre effet indésirable, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose



PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMAS
PPV : 58,00 DHS
AMM N° 270 DMP/21/RRL

LOT/عيار H4882
FAB/تاريخ الإنتاج 08-2018
EXP/تاريخ الانتهاء 11-2020

NS QUEL CAS EST-IL

CELLUVISC 4 mg/0,4 ml,

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 UTILISE ?

SUBSTITUT LACRYMAL

Ce médicament est utilisé pour soulager les signes d'irritation liés à la sécheresse de l'œil (quand il existe une