

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 051832

ND: 29615

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1832 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUMADINE NAJIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664655615 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 : NAJIB

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° P19-051832

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 :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Declaration de maladie

N° W19-449078

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1832 Société : AGADIR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUH MADINE NAJIB

Date de naissance : 1957

Adresse : AV. 14 AOUT CITE HASSANIE SS. ENZGAUE

Tél. : 06 64 65 56 15 Total des frais engagés : 10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 MARS 2020

Nom et prénom du malade : OUH MADINE NAJIB Age :

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

Nature de la maladie : Affect

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'ai médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ENZGAUE Le : 09 MARS 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-449078

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 1832

Nom de l'adhérent :

Total des frais :

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
09 MARS 2020			270.000	INP : 0528832510 Ophtalmol Rue Aglou, H. INEZGANE Tél: 05 28 83 25 10
09 MARS 2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA PLACE 3, Rue des Ecoles - INEZGANE Tél: 05 28 83 25 10	09/03/2020	254,70

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

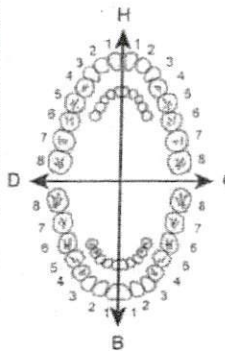
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

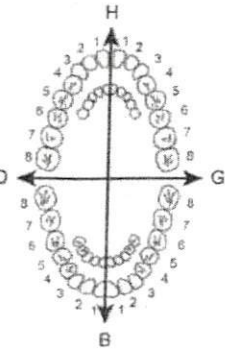
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan c

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		G	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	D			
	25533412	21433552		MONTANTS DES SOINS []
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		DATE DU DEVIS []
	35533411	11433553		
				DATE DE L'EXECUTION []

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DR. BOUSSAID ABDERRAHMAN

OPHTALMOLOGISTE

MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

5, Rue Aglou Cité Hassani (Taghzoute)

(face de la Municipalité) INEZGANE

Tél.: 05 28 83 45 40



الدكتور بوسعيد عبد الرحمان

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

رقم 5 زنقة أكلو الحي الحسني تغزوت

(أمام قصر البلدية) إنزكان

الهاتف : 05 28 83 45 40

المحمول : 06 61 06 11 66 : GSM

09 MARS 2020

Inezgane, Le إنزكان في

M. OUKHTADINE NAJIB

Carte d'identité 2017
S.V.
x 3 m

84, 90
x 3

1 p.m.

le

un

x 3 m

T=254, 10 w è w - è y è s aly
T=254, 10 w è w - è y è s aly

1 p.m.

T=254, 10 w è w - è y è s aly

x 1 m

PHARMACIE DE LA PLACE

3, Rue des Ecoles - INEZGANE

Tél: 05 28 83 25 10

Dr. BOUSSAID Abderrahman
Ophtalmologue
5, Rue Aglou, Hay Hassani
INEZGANE
Tél: 05 28 83 45 40

قارورة سعة 3 مل (75 قطرة) / Flacon de 3 ml (75 gouttes)
يصرف بموجب وصفة طبية / Uniquement sur ordonnance

RESPETER LES DOSES PRESCRITES

احترموا المقادير الموصدة

Voie locale / للاستعمال الموضعي

En instillation oculaire / تطهير في العين

Medicament autorisé n° 34009 357 895 2 5 / بواء مرجس تحت الرقم

D.E. Algérie n° 096/17C 147/07 / ميث الجزائر رقم

AMM Tunisie n° 528 3024 / بواء تونس رقم

Titulaire/Détenteur de la D.E / صاحب مقر التسجيل

Laboratoire CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - 34000 MONTPELLIER - France

الصانع / fabricant

Laboratoire CHAUVIN

Z.I. Ripotier Haut - 07200 AUBENAS - France

COMPOSITION: Chlorhydrate de cartéolol : 2 g
Excipients: solution de chlorure de benzalkonium,
acide alginique (E 400), phosphate monosodique
dihydraté (E 339), phosphate disodique dodécahydraté
(E 339), chlorure de sodium, hydroxyde de sodium (qs
pH), eau purifiée qsp 100 ml.

Excipient à effet notoire : chlorure de benzalkonium

التركيب: كلور هيدرات الكارتينول 2 غ.

السواغات: محلول كلورور البنز الكونيوم، حمض الجنيك (E400)، فسفات
أحادي الصوديوم ثنائي الأمية (E339)، فسفات ثنائي الصوديوم ثنائي

عشري الأمية (E339)، كلورور الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم (كمية

كافية لدرجة الحموضة)، ماء مطهر كدلة 100 مل.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلورور البنز الكونيوم.

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

NE PAS INJECTER / قائمة / لا يحق

Cartéol® L.P. 2%

كارتينول ت.م. 2%

كلور هيدرات الكارتينول / Chlorhydrate de cartéolol

قطرات للعين للتحرير الممدد 2 غ/100 مل / Collyre à libération prolongée 2 g/100 ml

Bausch & Lomb

Laboratoire Chauvin

Cartéol® L.P. 2%

Collyre à libération prolongée

AT: 85746
9226900

LCT/عيار
H3728
FAB/صانع
09-2018
EXP/المدة
09-2020

ZENTH PHARMA
PPV: 84 90 DHE
AMN.N° 61/13 DMP/21/NRO

Collyre 3ml

CARTEOL L.P. 2%

MAG126A02-11.10

3

400935789525

كارتينول ت.م. 2%
قطرات للعين للتحرير الممدد

20

14