

## 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° W19-548283

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUMHOU KHADIJA

Date de naissance : 1950

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) :

ACCUEIL

VOLET ADHERENT



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

27/08/2020

Mammou Khadja

65,00

Vigamox



1 gtt

x 4 / j

(10 j)

37,20

Fucithalamic P



le matin

1 app x 2 / j le soir

102,20

OG

(x 05 jours)

PHARMACIE AN-NIA  
107, rue Hassan II  
BP 48 N°44  
Casablanca  
Tél: 05 22 93 46 33



057752

LOT: C05442  
EXP: 06 2022

Fucithalmic® 1%



Ne pas avaler - Ne pas peler les doses prescrites

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g  
AMM N° 184  
DMP/21/NRQ  
PPV : 37 DH 20



VIGAMOX®

5 mg/ml

Collyre en solution

Moxifloxaciné

فيغاموكس

ملغ/مل 5

قطرات العين في محلول

موكسيفلوكساسين

1 x 5ml

NOVARTIS

888211 MA

VIGAMOX® COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A Liste I - UNIQUEMENT  
SUR ORDONNANCE

Chaque 1 ml de solution contient 5 mg de Moxifloxaciné (Comme chlorhydrate de moxifloxaciné 5,45 mg)  
Contient: Chlorure de sodium, acide borique, acide chlorhydrique et/ou phosphate de sodium (ajustement du pH et pour la stérilité).

Lire le marque avant utilisation.  
TOUTE LA PARTIE DE LA  
VIE DES ENFANTS

Ne pas utiliser  
A conserver a temperature ne  
depassant pas 25°C  
Jeter quatre semaines après la  
première ouverture.

Ouvrir le:

Médicament soumis à prescription  
médicale.

Titulaire de l'AMM  
et distributeur au Maroc:  
Laboratoires Sotema  
S.A. - N° 1, 27 182 Bouskoura - Maroc  
S.A. Alcon-Couvreur NV  
Rikieweg 14, B-2970 Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camil Fabra, 58, 08320 EL MASNOU,  
Barcelona, Espagne



5 mg/ml Collyre en solution  
Moxifloxaciné

VIGAMOX®

9KZNTC  
10 2022

EXP:  
Lot:



Vigamox® 5 mg/ml  
Collyre en solution, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
AMM N° 562/18 DMP/21/NT0  
PPV : 65,00 DHS

Non remboursable AMO  
© 2016 Novartis 449781 MA



© 2016 Novartis