

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1701</u>	Société : <u>R.A.M 36189</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BOUTAROUAIA MOHAMMED</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1955</u>			
Adresse : <u>32 Rue ouelhouaret Nisir Ksar El Béchir 2 HAY RAZIA C.A.A</u>			
Tél. : <u>06 97 02 69</u> Total des frais engagés : ..... Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>11 NOV. 2022</u>			
Date de consultation : ..... / ..... / .....			
Nom et prénom du malade : <u>7-11-2022 BOUTAROUAIA MOHAMMED</u>			
Lien de parenté : <u>épouse</u> <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Urgence</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : ..... / ..... / .....			
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.			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019**

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 : ..... / ..... / .....

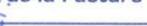
Signature de l'adhérent(e) : ..... / ..... / .....



## 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
05/05/2014	Catast	1	Crédit	 <b>Nabil Bouchnak</b> Médecin-Imagoiste Dr. en Abdejalil Yousfi 45/05/2014

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed CHAFIK Hay Raha Rue Bannasa 11 Bis Beausejour LOS 22 94 99 24  Dr. A. 666	05/11/20	 Dr. Montant de la Facture  201,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKD AL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراده الوازيس

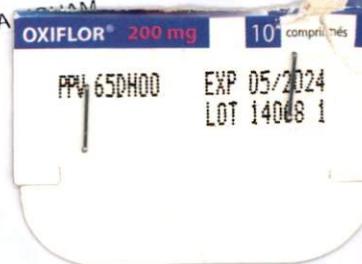
Casablanca, le 5/11/22

Nom et Prénom : .....

Né le : 01/01/1955

CJ022K05070348

M. BOUZAROUATA



65,00

❖ OXIFLOR CP

1 cp 2xjr pendant 5 jrs

1's

30,30

❖ ICOMB COLLYRE

1 goutte 5xjr pendant 1mois

1's

22,40

❖ MAXIDROLL POMMADE

1 app le soir pendant 10 jrs

1's

68,00

❖ DICLOCED

1 goutte 3xjr pendant 30 jrs

1's

15,20

❖ COMPRESSES OCULAIRE

1 fois/jour

1's

201,40

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma  
Site web : www.cliniquejerrada.ma

PHAR  
Dr. Ahmed CHAFRY  
Hôpital HIBA  
15, Bis Beaudouin  
Tél: 05 22 94 99 34



Dr. Abd  
Hôpital HIBA  
70, Rue du 1er Casablanca  
Tél: 05 22 41 33 45



RR



## Compresses Stériles



20cm x 20cm

Gaze hydrophile 100% coton  
Compresses sous étuis individuels

20cm x 20cm

## Compresses Stériles

Gaze hydrophile 100% coton



# Icomb®

(Tobramycine, Dexaméthasone.)

SUSPENSION OPHTALMIQUE STÉRILE



5 ml

Chaque ml contient :

Tobramycine 3,0 mg, Dexaméthasone 1,0 mg

Excipients à effet notoire : Chlorure de Benzalkonium

Bien agiter avant usage. Voie oculaire.

A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Lire attentivement la notice jointe.

Un produit fabriqué par Jamjoom Pharmaceuticals Co.,

Jeddah, Arabie Saoudite

AMM N°: 520/17DMP/21/NRQ



Ophthalmics



bottu  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca - Maroc  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

جمجمون فارما  
Jamjoom Pharma



# أيكومب®

(توبراميسين، ديمكسميتازون)

معلق معقم للعين

5



بottle 5 ml

Ne pas utiliser sauf sur prescription  
عند الطلب لا تتبعوا المقادير المحددة

Tableau A (Liste A) (ا لائحة A)



كل 1 مل يحتوي على 3,0 ملجم توبراميسين 1,0 ملجم ديمكسميتازون.  
سواغات ذات مفعول معلوم : كلورور البنزوكونيوم.  
رج العبوة جيداً قبل الاستعمال. عن طريق العين.  
يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30° C.  
يحفظ بعيداً عن مرأة و متناول الأطفال.  
يختلف الدواء بعد 4 أسابيع من فتح الغطاء. إقرأ النشرة الداخلية.  
إنتاج: شركة مصنوعة جمجمون للأدوية،  
جدة، المملكة العربية السعودية

