

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0020029

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1701 Société : RAM 26189

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUZAROUAIA Mohamed

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : 30 Rue OUKHOUANE Nissin

WANTAN 2 HAY RAHA CNA

Tél. : 971069 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/01/2022

Nom et prénom du malade : BOUZAROUAIA MOHAMMED

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

Nature de la maladie : Une claudication

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
05/11/22	Catut		Catut	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ahmed CHAHBA Hay Raha Rue Benafsa N°51 Bis Beausejour Casa Tél: 05 22 94 99 24	05/11/22	201,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

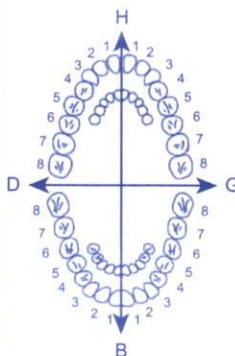
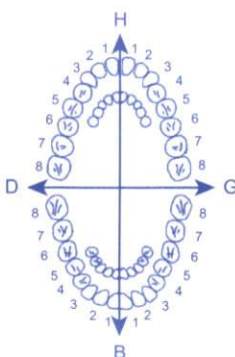
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKO AL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جريدة الوازيس

Casablanca, le 5/11/22

Nom et Prénom : .....

Né le : 01/01/1955



CJ022K05070348

M. BOUZAROUATA

OXIFLOR® 200 mg 10 comprimés

PPV 65DH00

EXP 05/2024  
LOT 14008 1

65,00

❖ OXIFLOR CP

1 cp 2xjr pendant 5 jrs



30,30

❖ ICOMB COLLYRE

1 goutte 5xjr pendant 1 mois



22,40

❖ MAXIDROLL POMMADE

1 app le soir pendant 10 jrs



68,00

❖ DICLOCED

1 goutte 3xjr pendant 30 jrs



15,20

❖ COMPRESSES OCULAIRE

1 fois/jour



201,40

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHAFRY  
Hay Mohammadi, Casablanca  
N°51 Bis Boulevard Banafsa  
Tel: 05 22 22 99 34

DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacie Responsable : Amina DAOUDI

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

Dr. Abd...  
70, Rue...  
Tél : 05 22 41 33 45



# Compresses Stériles



10  
Pièces



20cm x 20cm

Gaze hydrophile 100% coton  
Compresses sous étuis individuels



## Compresses Stériles

Gaze hydrophile 100% coton

20cm x 20cm





**جمجوم فارما**  
**Jamjoom Pharma**

# Icomb®

(Tobramycine, Dexaméthasone)

SUSPENSION OPHTALMIQUE STÉRILE

**b**  
bottu.ma

5 مل

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

**b**

bottu.ma

B2, Allée des Casuarinas - Ain Sebbah - Casablanca - Maroc  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**جمجوم فارما**  
**Jamjoom Pharma**



# أيكومب®

(توبراميسين ، ديكساميثازون)

معلق معقم للعين

**b**

بوتي درم

**Ne pas continuer à utiliser sans avis médical**  
**عدم الاستمرار في استخدام المنتج المحدد**

Tableau A (Liste I) (لائحة I) جدول أ



بوتي درم

B2, rue El-Kanarinas - Ain Sebbah - Casablanca - Maroc  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**b**

كل 1 مل يحتوي علي 3,0 ملغ توبراميسين 1,0 ملغ ديكساميثازون .  
سواغات ذات مفعول معلوم : كلورور البنز الكونيوم .  
رج العبوة جيداً قبل الإستعمال . عن طريق العين .  
يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30° م .  
يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال .  
يتلف الدواء بعد 4 أسابيع من فتح الغطاء . اقرأ النشرة الداخلية .  
إنتاج : شركة مصنع جمجوم للأدوية ،  
جدة ، المملكة العربية السعودية