

# **MANDATATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **ns 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**

N° M21- 0060783

158534

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103 Société : R. H. M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SENOUSSE MAMOUN  
 Date de naissance : 18/02/1944  
 Adresse : 6, Rue Kergomaro, Ain Diol, Casablanca  
 Tél. : 0664411630 Total des frais engagés : 362,60 Dhs  
 0522363786

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/2023  
 Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> SENOUSSE MAMOUNE Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cataracte  
 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 : Casablanca Le : 21/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
Rue Allal Ben Abdellah - 6ème Etage  
Casablanca  
Tél : 05 22 47 33 48 / 05 22 47 14 12

MUPRAS  
26 AVR 2023  
ACCUEIL



# 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

20/03/23

Cachet

Cachet

Dr. Abdelhak BOUSHA

70 Rue Allal Ben Abdelhak 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca  
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/03/23

368,6

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

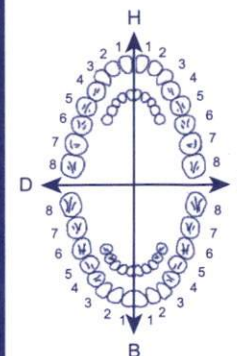
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

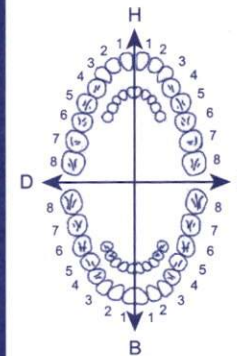
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

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'EXECUTION

مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 20/03/2023

Nom et Prénom : Senoussi, Namoune

74,80 x 2 Spectrum 500mg  
1 cp 2xjr pendant 5 jrs

30,30 x 2 ICOMB COLLYRE  
1 goutte 5xjr pendant 1 mois

22,40 x 2 MAXIDROLL POMMADE

1 app le soir pendant 10  
68,00 x 2 DICLOFED  
1 goutte 3xjr pendant 30 jrs

COMPRESSES OCULAIRES  
1 fois/jour

368,6

PHARMACIE BAB ESSALAM  
(istisy SARL)

Docteur en Pharmacie  
Mohammed Amal  
27, Rue de l'Atlas - Hay Salam, Casablanca  
Tél: 05.22.94.15.14

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca  
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 12

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  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Date de première ouverture  
تاريخ أول فتح

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  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Date de première ouverture  
تاريخ أول فتح

أيكومب®  
Icomb®

Lot:

Fab: 7 B 0 0 7 1

Exp: 0 1 2 2

0 1 2 4

PPV: 30 DH 30

أيكومب®  
Icomb®

Lot:

Fab: 7 1 0 0 0 1

Exp: 1 0 2 1

1 0 2 3

V: 30 DH 30

**MAXIDROL®**

pommade ophtalmique

Voie locale

EN APPLICATION OCULAIRE

**COMPOSITION :**

Dexaméthasone ..... 100 mg

Gulfate de néomycine .....

..... 350.000 U.I.

Sulfate de polymyxine B .....

..... 600.000 U.I.

Parahydroxybenzoate

de méthyle (E218),

parahydroxybenzoate

de propyle (E216),

lanoline (graisse de laine),

vaseline .... q.s.p. 100 g

Tube de 3,5 g.

EXCIPIENTS AYANT UN

EFFET NOTOIRE :

Parahydroxybenzoate

de méthyle,

parahydroxybenzoate

de propyle, lanoline (graisse

de laine).



**Soyez prudent**

Ne pas conduire

sans avoir lu la

notice

**NIVEAU 3**

Lire attentivement la notice.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Après première ouverture du

tube, le médicament doit être

conservé au maximum 15 jours.

Noter la date d'ouverture en

clair sur l'emballage.

A conserver à une température

ne dépassant pas 25°C.

**TENIR HORS DE LA VUE**

**ET DE LA PORTEE DES**

**ENFANTS.**

**NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES  
PRESCRITES**

Utiliser - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**MAXIDROL®**  
POMMADE OPHTALMIQUE

Lot :

1HZK1A

Exp :

09 2024

Jean Saint-Claire Deville  
F-92563 RUEIL-MALMAISON  
CEDEX

Fabriqué par  
ALCON CUSI, S.A.  
E-08320 El Masnou-Barcelone



3400931983569

**MAXIDROL®**  
POMMADE  
OPHTALMIQUE  
Dexaméthasone  
Néomycine  
Polymyxine B

Médicament autorisé n  3400931983569

**Alcon®**

a Novartis company