

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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'Hassaniya - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-775433

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9528 Société : R.A.-T  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : O. JAROUH HARBIBA  
 Date de naissance : 11/11/1968  
 Adresse : 11 Rue EL KHOUTAM ETES2 APP 6  
 Tél : 0634971193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 18 / 09 / 2018  
 Nom et prénom du malade : O. JAROUH HARBIBA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affection oculaire  
 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 : CASA Le 13 OCT 2018 18h23  
 Signature de l'adhérent(e) : O. JAROUH

ACCUEIL

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
18/01/2023	C5			INF 091062725

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/2023	274,20

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[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



CLINIQUE SPÉCIALISÉE

MOHAMMEDIA

Ophthalmologie

المصحة المتخصصة

المحمدية

أمراض و جراحة العيون



090006339

Dr. EZZOUHAIRI SM

Pr. LAMARI

Dr. MOUNIR

ICE: 001731349000011  
ID.F: 54610273

Mohammedia, le 18/09/20

- Consultation Spécialisée  
(sur rendez-vous)

- Laser argon / laser YAG

- Angiographie numérisée

- Echographie / Biométrie

- Chirurgie Cataracte par Phako

- Chirurgie vitréo-rétinienne

- Chirurgie strabisme

- Chirurgie voies Lacrymales

- Chirurgie des paupières

- Chirurgie réfractive

**SPECTRUM 500 MG**

1 CP 2f/ 5j

**ICOMB Collyre**

1gtte 4 fois 30j

**INDO collyre**

1gtte 4x / 30j

**Frakidex / TOBRADEx**

1 application le soir pd 15 j

**Rondelles Stériles Oculaire**

Urgences 24/24

المستعجلات

33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia - Tél : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63  
Site Web : www.ophtalmoclinic.ma - Patente : 39456530



أيكومب  
tcomb®

Lot:

Fab:

Exp:

PPV: 30 DH 50



RECEIVED  
Date 5ml

ZENITH Pharma  
ANM 155/19/DMP/21/NRQDNM  
PPV: 58,00 DH

DOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml

ZENITH Pharma  
ANM 155/19/DMP/21/NRQDNM  
PPV: 58,00 DH

حبار 9278  
تاريخ الإنتاج 11-2022  
تاريخ الانتهاء 04-2024

حبار H9278  
تاريخ الإنتاج 11-2022  
تاريخ الانتهاء 04-2024

MISE EN GARDE

CTIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

à la notice insérée  
nt doit être conservé à  
au moins de 15 °C  
E LAISSEZ

أندوكولير 0,1%  
قطرات يمكن سحقها

أندوكولير 0,1%  
قطرات يمكن سحقها

la date de péremption figurant sur la boîte  
لا يستعمل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة.

AMM N° 759/16DMP/21/NRQ

500 ملغ  
عن طريق الفم



سبيكتروم<sup>®</sup>

سيبرفلوكساسين

10 x

أقراص ملبسة



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER

سبيكتروم + الحمل = خطر

utiliser  
se  
بسر

مادة  
صباح  
زوال  
مساء

500 mg  
Voie orale



Spectrum<sup>®</sup>  
ciprofloxacine

10 x  
Comprimés pelliculés

Compresse  
OCULAIRE STERILE  
10 compresses



Comfort

35.50

