

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-520676

373 78

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01421	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : KETTANI MOHAMMED - tajzil	
Nom & Prénom : KETTANI MOHAMMED - tajzil		Date de naissance : 25.11.1957	
Adresse : Rue Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000		Tél. : 06 66 57 66 23 Total des frais engagés : 41 - Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

24 AOUT 2020

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/07/20

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-520676
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

01421 Kettani

Matricule : 01421

Nom de l'adhérent(e) : Kettani

Total des frais engagés : 41 -

Date de dépôt :

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
				INP : <input type="text"/>

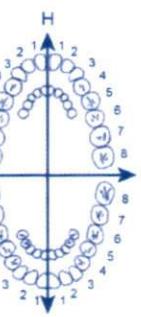
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Numéro de l'Ordre	Date	Montant de la Facture
22/01/2023	20/01/2023	41,50

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

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

#### — VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														

## Facture

31489

64  
M.

624 M. Kettani

**FR COMPOSITION :**

Carbomère 974P.....0,300 g  
Pour 100 g de gel ophthalmique.

Chlorure de benzalkonium, sorbitol,  
hydroxyde de sodium, eau purifiée.  
**Excipient à effet notoire :**  
chlorure de benzalkonium  
A conserver à une température  
ne dépassant pas 25°C.

Après ouverture du tube, le produit  
ne doit pas être conservé plus de  
4 semaines.

Voie ophthalmique.

Lire la notice avant utilisation.

**INDICATIONS D'UTILISATION :**

Ce médicament est un gel  
ophthalmique.

Il est préconisé pour soulager  
les symptômes d'irritation liés  
à la sécheresse oculaire (quand il  
existe une insuffisance de larmes).  
**TENIR HORS DE LA PORTÉE  
ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

Ne pas avaler.

Médicament non soumis à  
prescription médicale.

Médicament autorisé  
N° : 3400933194819

Code CIP 13



3400933194819

**Titulaire / Exploitant**

Détenteur de la DE  
LABORATOIRES THEA  
12, rue Louis Blériot  
63017 CLERMONT-FERRAND  
CEDEX 2  
FRANCE

**المالك / المستثمر / صاحب مقر التسجيل**

مخابر تينا  
THEA  
12 شارع لويس بليريو  
كيلور مونت فراند سيدنيك 2  
فرنسا



6118001100958 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

**Fabricant**

FAMILIA THEA FARMACEUTICI S.P.A.  
Via E.Fermi, 50  
20019 SETTIMO MILANESE (MI)  
ITALIE

الم المنتج  
فاميليا - تينا فارماستوتيش ش.ب.ا.  
فيلا E فرمي، 50  
20019 - ستيمو ميلانيز (م) ي  
إيطاليا



MA Enreg. MA n° : 745/15 DMP/21/NRQ  
745/15 DMP/21/NRQ

رقم التسجيل بال المغرب  
Enreg. TN n° : 8443042  
8443042

دوعي الاستطباب  
هذا الدواء هلام للعين  
يوصى به لتخفيف أعراض التهاب العين  
(عد و وجود نقص في كمية الدموع)  
لا يترك في متناول الأطفال أو على مرأهم  
لا يبلع دواء غير خاضع لوصفة طبية.  
رقم الدواء المرخص له: 3400933194819

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا  
تتجاوز 25+ درجة مئوية  
انتهى (الشهر / السنة)  
لا يجب الاحتفاظ بالأنبوب أكثر من 4 weeks  
不易被儿童接触  
يؤخذ هذا الدواء عن طريق العين  
 يجب فراقة النشرة قبل الاستعمال

التركيب  
كربيومير 974

.....غ 0.300  
ل 100 غ من هلام العين.

كلوريد البيتر الكربونيوم، الصوربيتول،

هيدروكسيد الصوديوم، ماء منقى

سواع ذو تأثير معروف:  
كلوريد البيتر الكربونيوم



جيـل لـارـم، Gel-larmes®

هـلام لـلـعـيـن  
كرـبـومـير  
974P

أنـبـوب يـحـتـوي عـلـى  
10 غ

Gel ophthalmique

Carbomère 974P

Tube de 10g