

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Demande en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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° P19- 063763

ND: 49 273

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1490

Société : Ram

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELABES KHALIL

Date de naissance : 01 / 09 / 1951

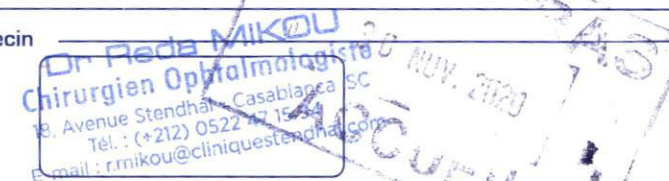
Adresse : 635 Rue Gourmima APT 9 CABA

Tél. : 0522 500 418

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : Khichou El Belabbes Fatma Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Le 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 : CABA

Le : 20 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
24/11/2020	CS	gratuite		Dr. R. M. KOU Chirurgien Dentiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAWLID Abou Hassan Sabir Extention Hassan Sabir	24/11/20	230,20

# 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 :

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

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'...



PT1901001665

24 novembre 2020

**Mme KHIDIOUI EP BELABBES Fatima**

**Traitement de l'oeil onéré**

**1/ PHYLARM / Compresses Steriles**

1 lavage x 2/J pendant 2 semaines

**2/ CHIBROCADRON COLLYRE**

1 goutte x 4/j pendant 1 semaines ; puis X3/J , 1 semaine , puis x2/J 1 semaine puis x1/j 1 semaine

**3/ MYDRATICUM COLLYRE**

1 goutte x 2 /j pendant 1 semaine

**4/ TOBRADEX POMMADE**

1 fois /j soir pendant 1 semaine

**5/ PANSEMENT OCULAIRE**

A changer chaque matin

**6/ SPECTRUM 250 mg**

1 CP x2/J pendant 5 jours

HER MEDIC

PPC

99,00 DHS

99,00

**TOBRADEX®**

POMMADE OPHTHALMIQUE

3,5G

Boîte de 1 tube

Laboratoires Sothema, Boukoura

AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



6 118001 070602

69020-4

**CHIBRO-CADRON**

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc

N° 116 DMP/21/NCV

Distribué par les

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182

Boukoura - MAROC

**CHIBRO-CADRON**

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc

N° 116 DMP/21/NCV

Distribué par les

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182

Boukoura - MAROC



# B-good®



## PANSEMENT OCULAIRE /AUTOCOLLANT

ضمادة للعين / ذاتية الالتصاق  
6,5cm x 9,5cm

### But d'utilisation

Il est utilisé pour les soins oculaires après l'opération et pour traiter les affections allergiques de la lésion oculaire.



طريقة الاستخدام

تستعمل في العناية بالعين بعد العمليات و في علاج حالات الحساسية و في حالات متصلة بجروح العين

### Mode d'emploi

- Ouvrez le paquet tout doucement
- Enlevez les pansements avec des mains propres
- Mettre les pansements dans la parties des plaies

طريقة الاستخدام

افتح العلبة بحرص

- أزل ضمادة الإسعافات الأولية بأيدي نظيفة
- ضعها على المنطقة المراد لصقها بها

de. Okklusionspflaster  
fr. Pansement Oculaire  
es. Parche ocular  
it. Cerotto oculare occlusivo  
nl. Occlusiepleister  
pt. Penso occlusivo  
ua. Пластир для ока  
ru. Глазной пластырь  
ar. ضمادة للعين

18.00



LOT

07.2019  
07.2024  
19072401

Non recommandé en cas d'hypersensibilité à l'un des ingrédients

Après l'utilisation, les produit doivent être jetés soigneusement, sans créer de risques pour les personnes ou pour l'environnement. À l'hôpital et au centre de santé, les produit doivent être jetés dans la poubelle médicale

يجب التخلص من المنتج بحرص بعد الاستخدام بدون الاتصال مع البشر أو البيئة. في المستشفيات و المراكز الصحية يجب التخلص منها في سلة النفايات الطبية  
حظر استخدامه على من يعاني من حساسية لأي من المكونات

CE 2292



30°C

REF B6905

TKP.NO: BMC6905

HONNES

Made in Turkey

HONNES SAĞLIK VE ENDÜSTRİYEL ÜRÜNLERİ A.Ş.

Cumhuriyet Mh. Karayel Sk. No:14  
41420 Çayırova / KOCAELİ / TURKEY

Tel: +90 262 658 8959 Fax: +90 262 658 8040

www.honnes.com / info@honnes.com

