

# 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

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° P19-0026119

ND: 85663

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve  
Nom & Prénom : ELoujani NAJAT  
Date de naissance : 05/03/1959  
Adresse : Residence AL WANDA IMB I1 APT 08 Avenue Mohamed VI Berrechid  
Tél. : 0651.40.85.40 Total des frais engagés : #369,90# Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 FEB. 2020  
Nom et prénom du malade : NAJAT ELoujani Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : PATHOLOGIE AUDICULAIRE  
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 : Berrechid Le : 02/04/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-026119

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).

Matricule : 1868  
Nom de l'adhérent(e) : ELoujani NAJAT  
Total des frais engagés : #369,90#  
Date de dépôt : 02/04/2020



# 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
13 FEB. 2020	CS	2	200 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 2000 Docteur Kadiri L. Zineb 22, bd Mohammed V - BERRECHIDJ Téléphone : 022.53.36.05	13.02.20	129,70

# 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	

VOLET ADHERENT

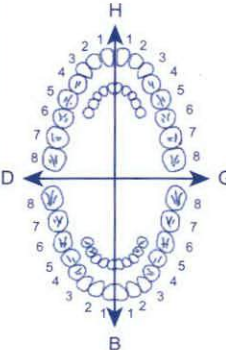
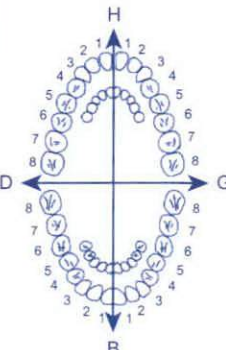
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdit  . Acouph  ne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن. الأنف  
الحنجرة. العنق و الوجه  
الدوخة الصمم. رنين الأذن  
الشخير. اضطراب الصوت

DATE: 13/02/2020

NATAS ELWJANI

1  
71,30

TANAKAN

1x + 3/5 par 5 jours

20  
19,40

Antibromush

2y4 + 3/5 par 5 jours

30  
79,00  
169,70

Acinintarum

2y4 + 3/5 par 5 jours

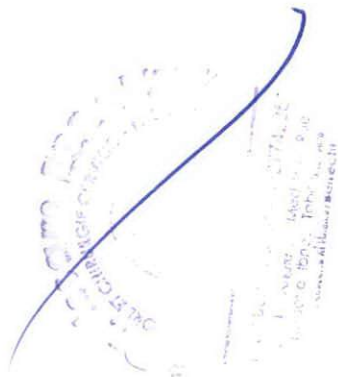
تجربة 1 - زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابت حي الزهراء - برشيد  
Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - B  RRECHID

T  l.: 05 22 32 57 57

(W)

P. W. A. R. S. O.

24p + 2h per 10j





# ANTIBIO-SYNALAR

## Gouttes auriculaires

### Flacon de 10 ml

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### COMPOSITION DU MEDICAMENT :

**Composition qualitative et quantitative en substances actives:**

Acétonide de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 UI
Sulfate de néomycine	350 000 UI

Pour 100 ml de solution.

**Excipients :** Nitrate de phénylmercure, acide citrique monohydraté, propylène glycol, eau purifiée.

**Excipient à effet notoire :** Phénylmercure

#### FORME PHARMACEUTIQUE:

Solution pour instillation auriculaire. Flacon de 10 ml avec compte-gouttes.

#### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

#### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

##### Posologie:

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

#### Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression. Tiédir le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelque temps sous l'eau tiède. Éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

**Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille :**  
Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte.

Insérer le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

Après avoir gardé la tête ainsi penchée, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier stérile.

Cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, longtemps la tête penchée pour permettre une bonne pénétration du médicament. Si la tête se redresse trop tôt la tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes vont ressortir. Ceci explique pourquoi il faut alors à une certaine fréquence.

Après utilisation, le flacon doit être jeté et ne pas être réutilisé.

Administration de gouttes le

ement de 7 jours.

doit être utilisé régulièrement

longtemps

gnifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression

antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait d'arrêter ou de

ans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

OT T91346

EXP 05 2021

RPV 79.00 DH

ANTIBIO SYNALAR

GOUTTES  
AURICULAIRES 10 ml



6 118000 120254

ANTIBIO SYNALAR

19,40