

# 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

- 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° W19-573342

56084

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9528 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : OUAFA HABI BA  
 Date de naissance : 5/11/1968  
 Adresse : 51 Rue EL KHOUZAN ETAGE APPEL  
 BORDJ BOUJOURJAN CASABLANCA  
 Tél. : 0663497193 Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : OUAFA HABI BA 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 : CASABLANCA Le : / /  
 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
16/10/20				INP: 091062729

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/10/20	642,90
	15/10/20	117,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation 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 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 canalaires, 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			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"/>															
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D	G																	
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HyFresh  
Lot: M0272  
Fab: 12 19  
Exp: 12 22  
PPC: 130 DH 00

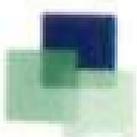
HyFresh  
Lot: M0272  
Fab: 12 19  
Exp: 12 22  
PPC: 130 DH 00

LOT 200162  
EXP 01/2023  
PPV 83.20DH

500 ملغ  
عن طريق الفم



10 x  أقراص ملبسة

  
**COOPER**  
PHARMA

Ⓜ

**سبيكتروم**  
سيفلوكساسين



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER  
سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse  
يسعى تجنب استخدام سبيكتروم أثناء الحمل

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
					١

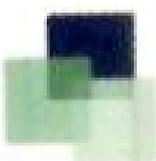
**rum**<sup>®</sup>  
ofloxacinine

Comprimés pelliculés

10 x 

**500**  
mg  
Voie orale

LOT 200546  
EXP 04/2023  
PPV 83.20DH

  
**COOPER**  
PHARMA

**1 ml contient:**

**PRINCIPES ACTIFS:** Etabonate de lotéprednol 5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)

**EXCIPIENTS :** Edétate disodique, glycérine, povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure de benzalkonium 0.01%.

Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium pouvant être ajouté pour ajuster le pH.

يحتوي كل مل على:

مواد فعالة: إيتابونات اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)  
و توبراميسين 3 مغ (0.3%)

السواغات: إيديتات ثنائي الصوديوم، غليسرين،

بوفيدون، ماء مطهر، تيلوكسابول، و كلوريد

البنزالكونيوم 0.01%. يمكن إضافة حمض

السولفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل

ال pH.

**Excipient à effet notoire :**

Chlorure de benzalkonium.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم.

**Tableau A (Liste I)**

جدول أ (قائمة أ)

**POSOLOGIE :** Lire attentivement la notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العبوة.

<b>AGITER VIGOREUSEMENT</b>	ترج القارورة بقوة
<b>AVANT UTILISATION</b>	قبل الاستعمال

**POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.**

للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma

PPV = 117,00 DH

**1 ml contient:**

**PRINCIPES ACTIFS:** Etabonate de lotéprednol 5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)

**EXCIPIENTS :** Edétate disodique, glycérine, povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure de benzalkonium 0.01%.

Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium pouvant être ajouté pour ajuster le pH.

يحتوي كل مل على:

مواد فعالة: إيتابونات اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)  
و توبراميسين 3 مغ (0.3%)

السواغات: إيديتات ثنائي الصوديوم، غليسرين،

بوفيدون، ماء مطهر، تيلوكسابول، و كلوريد

البنزالكونيوم 0.01%. يمكن إضافة حمض

السولفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل

ال pH.

**Excipient à effet notoire :**

Chlorure de benzalkonium.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم.

**Tableau A (Liste I)**

جدول أ (قائمة أ)

**POSOLOGIE :** Lire attentivement la notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العبوة.

<b>AGITER VIGOREUSEMENT</b>	ترج القارورة بقوة
<b>AVANT UTILISATION</b>	قبل الاستعمال

**POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.**

للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma

PPV = 117,00 DH

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 DAUDI

**NE PAS AVALLER - NE PAS INJECTER**  
**REPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا تأكل - لا تطع  
احترم الجرعات التي يوصفها الطبيب  
LISE II - Uniquement sur ordonnance  
تأخذة 2 - إلا بوصفة طبية