

## 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 : OUAZEM HABIBA

Date de naissance : 31/11/1968

Adresse : 51 rue EL KHOUZAN ET EL ABOU

Ben Soud CA

Tél. : 0663487193 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OUAZEM HABIBA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

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 : CAS

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



| 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 | 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 ET HONORAIRES   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|--|---|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                           |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| Important :<br>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   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | 25533412  | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | D   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | 35533411  | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | B   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | G   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>       |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |

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



099006339

ICE: 001731349000011

Mohammedia, le 16/10/2020

Dr. EZZOUHAIRI SM

Pr. LAMARI

Dr. MOUNIR

- Consultation Spécialisée (sur rendez-vous)
- Laser argon / laser YAG
- Angiographie numérisée
- Echographie / Biométrie
- Chirurgie Cataracte par Phako
- Chirurgie vitéo-rétinienne
- Chirurgie strabisme
- Chirurgie voies Lacrymales
- Chirurgie des paupières
- Chirurgie réfractive

Mme OUARCH HABIBA

Spectrum 8 100 25 68.00

- DICLOCED COLLYRE

1GTTE 4F/J

- ZYLET COLLYRE

1 GTTE 4 F/J

- HYFRESH COLLYRE

1GTTE 4F/J

- RONDELLES STERILES OCULAIRES

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

PPC: 130 DH 00  
Exp: 12 22  
Fab: 12 19  
Lot: 12 02 72  
**HyFresh**

PPC: 130 DH 00  
Exp: 12 22  
Fab: 12 19  
Lot: 12 02 72  
**HyFresh**

LOT 200162  
EXP 01/2023  
PPV 83.20DH

500 ملغ  
عن طريق الفم



10 x

أقراص ملبسة



COOPER  
PHARMA

®

سبيكتروم

سيرفلوكساسين



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER  
سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser  
SPECTRUM pendant la grossesse

يفضل تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل

☐ ☐ ☐ ☐ ☒  
مدة صلاحية زوال جساءة

**trum<sup>®</sup>**  
ofloxacin

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، غليسيرين،  
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 العلبة.

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <b>AGITER VIGOREUSEMENT<br/>AVANT UTILISATION</b> | ترج القارورة بقوة<br>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، غليسيرين،  
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 العلبة.

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <b>AGITER VIGOREUSEMENT<br/>AVANT UTILISATION</b> | ترج القارورة بقوة<br>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 DAOUDI

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يبلع - لا يحقن  
احترم الجرعات الموصوفة  
LISE II - Uniquement sur ordonnance  
قائمة 2 - إلا بوصفة طبية