

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise 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° M20- 0002161

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2142 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL MABROUK TAOURID  
Date de naissance : 14-03-70  
Adresse : Résidence AZULADA Benekur  
Tél. : 0667054509 Total des frais engagés : 300 + 388,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : JAAMFI Aicha Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Rhinopharyngite  
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 : 22/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

22.4.21

300

[illegible]

du Fournisseur		
Pharmacie	22/04/2021	388,30
Docteur Kati		
22, bd Mohamed		
phone 0223333333		

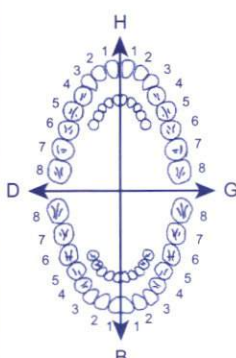
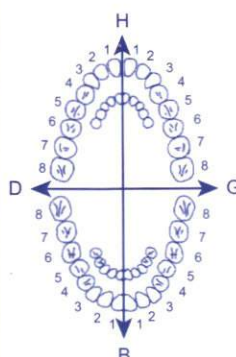
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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

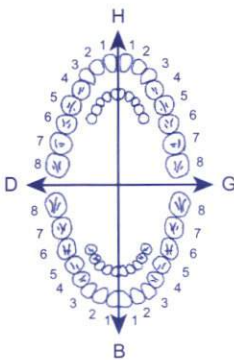
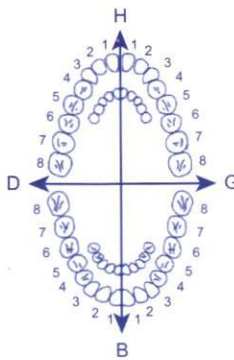
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>								
				Montants des Soins <input type="text"/>								
				Début d'exécution <input type="text"/>								
				Fin d'exécution <input type="text"/>								
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>B</span> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>								
				Date du devis <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>G</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>				
<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				DATE DU DEVIS				
					DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Dr. Noussair TALAL**

**Spécialiste**

En Oto - rhino - Laryngologie

Chirurgie Cervico - Faciale

Audiométrie - Impédancemétrie

Endoscopie ORL



**الدكتور نصير طلال**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف  
( و الأذن و الحنجرة ) الحساسية و ضيق التنفس  
جراحة الوجه - العنق ( الغدة الدرقية )  
تخطيط السمع و قياس ضغط الأذنين  
التشخيص بالمنظار

**ORDONNANCE**

14/01/2014 Arch

Berrechid le : 29-04-2014 برشيد في :

99,00

y IHydioner

53,30

2uphr x 4 flg

y totifey

145,00

1em x 3 flg

7 Tawanic 800g

36,00

1 q x 1 flg

y Humerovox

55,00

1 q a mcl x 4-5 flg

7 Biody cap

1 q x 3 flg

1-388,30



Sanofi-ave. IIS Maroc  
Route de Rabat R.P. 1,  
Ain sebaa Casablanca  
Tavanic 600mg CP Bel be  
P.P.V : 145.08 DH  
6-118001 080570

**TOTIFEN<sup>®</sup> 0,02 %**

Kétotifène

53,30

**TOTIFEN<sup>®</sup>**

KETOTIFENE

**TOTIFEN<sup>®</sup> gélules**

1,00 mg

-

-

1 gélule

bon goût.

**TOTIFEN<sup>®</sup> sirop**

0,0200 g

0,0333 g

0,0167 g

100 ml

**Propriétés :**  
Antianaphylactique, antiasthmatique et anti-allergique.

Le Kétotifène<sup>®</sup> bloque la sécrétion des mastocytes histaminiques et autres médiateurs chimiques anaphylactiques et exerce un effet prolongé inhibiteur sur les réactions histaminiques en cours. L'administration du Kétotifène<sup>®</sup> permet :

- Une nette réduction des crises asthmatiques (durée et fréquence) et même leur complète disparition.
- Une thérapie antiasthmatique symptomatique.

**Indications thérapeutiques :**

- Prophylaxie à long terme de l'asthme d'origine allergique (y compris dans les formes mixtes), de la bronchite asthmatique et des syndromes à manifestations asthmatiques.
- Prophylaxie et thérapie de la rhinite allergique.

**Contre-indications :**

Nourrissons de moins de 6 mois.





**BOTTU SA**  
**PPV : 36DH00**

# Homéovox®

**COMPRIMÉ ENROBÉ**

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

*Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.*

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 2 jours, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique 4.

**Dans cette notice :**

- 1- Qu'est-ce que **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** ?
- 3- Comment prendre **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** ?
- 6- Informations supplémentaires

**1- QU'EST-CE QUE HOMÉOVOX, comprimé enrobé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans les affections de la voix : extinction de voix, enrouement, fatigue des cordes vocales.

**2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE HOMÉOVOX, comprimé enrobé ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

**Ne prenez jamais HOMÉOVOX, comprimé enrobé :**

En raison du risque de fausse route, ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans.

**Faites attention avec HOMÉOVOX, comprimé enrobé :**

- En raison de la présence de saccharose, ce médicament est déconseillé chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase-isomaltase (maladies héréditaires rares).
- En raison de la présence de lactose, ce médicament est déconseillé chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares).
- Compte tenu de la présence d'HEPAR SULFUR 6 CH dans la formule, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'otite ou de sinusite sans avis médical.