

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.

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

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° M20- 0000717

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1430 Société : 74984
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ENNASR BENDAOUD
Date de naissance : 31/12/1953
Adresse : 17 LOT ARD ELKABIR DE DAZEMOUN
CASABLANCA
Tél : 0661321202 Total des frais engagés : 675,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 30 AVR 2021
Nom et prénom du malade : ENNASR AZIZ
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Inflammation
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 : 30/04/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/4/11	220,70
	03/05/11	204,91
		425,61

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

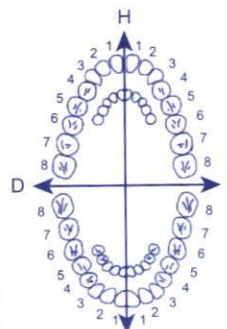
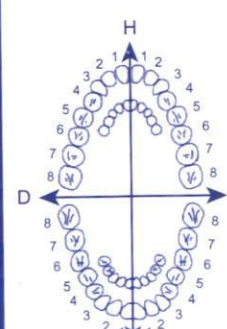
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAÏBI H. Karim

MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX

Angiographie - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE
 ANCIEN CHIEF de CLINIQUE des HOPITAUX de BORDEAUX
 ANCIEN ATTACHÉ des HOPITAUX de BORDEAUX
 MEMBRE de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTALMOLOGIE
 MEMBRE de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبي ح. كريم

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا
 جراح سابقا بمستشفيات بوردو
 عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون
 عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

CASABLANCA, le

30 AVR. 2021

BNNAR AZIZA

159,00

x Bipharett LASUS

4x 3x2 / moutaf Essuy mels.

Cilopan 1x100 Lg 100

76,90 x2

Azyro 1x100 mels

22,40

3x / Semaine

Manuel Pour

425,60

1x100 mels Lg 100



6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS



406805



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
ppv : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
ppv : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434

0661. 32. 12. 02

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg

pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتر 15 مغ/غ

أزيتروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيتروميسين
ثنائي الاماهة 15 مغ
ل 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من المحلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين الثنائي
الاماهة.

السواغ :

ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022

رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ

رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081

رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I - إلا بوصفة طبية

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتر 15 مغ/غ

أزيتروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيتروميسين
ثنائي الاماهة 15 مغ
ل 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من المحلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين الثنائي
الاماهة.

المسواغ :
ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guéne - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتير
المنطقة الصناعية في لا غييري
كوتنس سيدكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I - إلا بوصفة طبية



Blefarette

**Disposable wipes
for the daily cleansing of the eye area**

30 disposable wipes

LOT



201202

2023/06

PPC 159,00 dh

FARMIGEA

Utilisation à Chaud



L'utilisation à chaud est recommandée :

- Pour éliminer les sécrétions.
- En cas d'inflammation des paupières.
- En cas d'occlusion du conduit lacrymal.

Notes

ma S -