

# 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](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° M21- 0005889

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6810 Société : 85872  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : GRUCHA Redouane  
 Date de naissance : 1965  
 Adresse : habu tue le  
 Tél. : 06 78 78 33 09 Total des frais engagés : 250 + 168,40 DHS

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur MABCHOUR Rachid**  
 Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques  
 80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage  
 CP: 26100 - Berrechid  
 Gsm: 06 91 97 57 21

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15/09/2021  
 Nom et prénom du malade : GRUCHA Aymane Age : 27 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Rhino conjunctivite  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non  
 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 : ..... Le : ...../...../.....

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
15/09/2021	CS	02	250 dinars	Docteur MABCHOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage CP: 26100 - Berrechid Gsm: 06 91 97 57 21

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ROCHD Dr. LHAOUARI HAÏSA 30, Rue Moulay El Bachar 25220 - Berrechid	15/09/2021	168.42

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

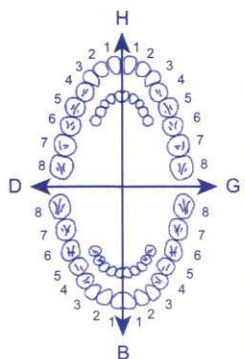
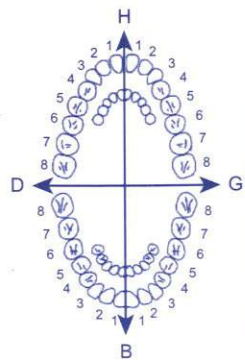
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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</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>		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														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MABCHOUR Rachid

Spécialiste des Maladies  
Respiratoires et Allergiques

Diplômé de la faculté de médecine de Paris



الدكتور مبشور رشيد

أختصاصي في الأمراض  
التنفسية والحساسية  
خريج كلية الطب بباريس

Berrechid, le :

13/09/2022

برشيد ، في :

صيدلية ابن رشيد  
Pharmacie IBN RACHID  
Dr. LHACHIMI HAFSA  
30, Rue Moulay Idriss Laazhar  
GERREC 26100 - Tél: 0522 32 70 47

GlucoA

Aymane

53.40

1 Naxia (S.V) Collyre

Goutte ophtalmique x 2

Par jour x 10 jours

7h15

2

Naxar (S.V)

1 pulvérisation nasale x 2

Par jour x 10

40.00

36

Ibuprofène (S.V) Effervescent

LOT: GA10064  
PER: 12/2022  
PPV: 75 DH 00

40,00

2 imprimés par vous x 4 fois,  
après le petit déjeuner.

168.10

~~Docteur MARCHOUR Rachid~~  
~~Spécialiste des Maladies Respiratoires~~  
~~et Allergiques~~  
~~80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage~~  
~~CP: 28100 - Berrechid~~  
~~Gsm: 05 91 97 57 21~~

صيدلية ابن رشد  
Pharmacie IBN ROCHD  
Dr. LHACHIMI HAFSA  
30, Rue Moulay Kriss Lezhar  
BERRECHID - Tél: 0522 22 70 40



FR

**Naaxia,**

collyre

Acide N-acétyl-aspartyl-glutamique (sel de sodium)

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, 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.

Excipients à effet notoire :  
chlorure de benzalkonium

### 3. COMMENT UTILISER NAAxia,

COLLYRE ?

Se conformer à la prescription médicale :  
usuellement, 2 à 6 instillations par jour.  
Si vous avez pris plus de NAAxia,  
collyre que vous n'auriez dû :  
En cas de surdosage, rincer au sérum  
physiologique stérile.

Si vous oubliez de prendre NAAxia,  
collyre :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que vous avez  
oublié de prendre.

### 4. QUELS SONT LES

INDÉSIRABLES ?

Commencez à utiliser le collyre avec précaution, car il peut provoquer des effets indésirables. Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Déclaration



MAAXIA 5 ml  
Collyre - PPV : 53,40 DH  
8990041008119  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amnia DAOUDI