

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.

Educations :

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

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'Herige
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LS) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 070140

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : 86691

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Mohamed

Nom & Prénom : AKKAZENE

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
ODF. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin d'exécution																						
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien																						

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P17/0062211	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P17/0062211

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1679
Nom & Prénom		AKKAZENE Mohamed
Fonction	Retraité	Phones 0667164605
Mail		MakKazene@gmail.com
MEDECIN	Prénom du patient 200GAGH Nakera	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	7-01-1959	
Nature de la maladie	vi ce de réfraction	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Non		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C S		30000
PHARMACIE	Date 30-09-2021	
Montant de la facture	414,70	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

solution stérile pour usage oculaire

PhylLairm



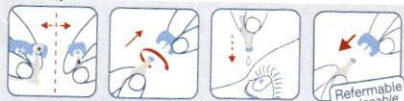
16 unidoses

; 10 ml

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

À cl
ois

que l'œil est irrité



- 1- Détachez le récipient unidose.
 - 2- ouvrez-le en tournant puis en soulevant le capuchon de fermeture.
 - 3- instillez 2 gouttes dans chaque oeil en pressant doucement l'unidose.
 - 4- Après utilisation, fermez immédiatement le récipient unidose.
- Le contenu doit être utilisé dans les 12 heures suivant la première ouverture.

- 1- Detach the single-dose container from the strip
 - 2- Open the single-dose container by turning it and then lifting off the closing cap.
 - 3- Instill 2 drops in each eye by gently squeezing the single dose.
 - 4- After use immediately close the single-dose container.
- The content must be used within 12 hours after the first opening.

CROSS est une solution ophtalmique stérile avec un pH physiologique basée sur une technologie protégée de l'acide hyaluronique réticulé (Crosslinked) par des liaisons croisées de l'acide hyaluronique (AH) avec l'urée ce qui améliore les qualités spécifiques de l'AH de base le rendant plus résistant à la dégradation par l'hyaluronidase. D'où son action plus importante et plus prolongée que l'AH simple.

Grâce à ses capacités supérieures et prolongées d'hydratation, de lubrification, de ré-épithélialisation et de réparation de la surface de la cornée, CROSS procure un soulagement rapide (des les premiers moments d'utilisation) et un confort durable en cas de sécheresse oculaire, syndrome sec, irritation, fatigue dues aux facteurs inflammatoires, environnementaux, chirurgie oculaire ou blépharites chronique.

CROSS est adapté à une utilisation quotidienne de jour comme de nuit. Ne contient pas de conservateurs, produits anti-inflammatoires ou vasoconstricteurs.

CROSS is a sterile solution for ophthalmic use with a physiological pH, based upon a patented technology of cross-linking Hyaluronic Acid (HA) with Urea, therefore enhancing and improving the specific mechanical properties of native HA, resisting to hyaluronidase degradation much longer than native HA, thus with higher and prolonged lubricant and hydrating action.

Thanks to its higher and long lasting properties of lubricating, hydrating, re-epithelializing and corneal surface repairing properties, CROSS provides immediate comfort (in the first moments) and lasting relief to ocular dryness due to dry eye syndrome, irritated or tired eye in case of inflammatory conditions or environmental factors, eye surgery and chronic blepharitis.

CROSS is suitable for everyday use, daily and night-time. It does not contain preservatives and/or molecules with anti-inflammatory or vaso-constrictive actions.

Distribué par (distributed by)

E-PROM PHARMA
Rue Amyot O.H.
Casablanca - Morocco (Maroc)

C.O.C. Farmaceutici S.r.l.
Via Modena 15, 40019 - San Agata
Bolognese (BO) - Italy (Italie)



CE 1936

Dispositif médical
Medical device

STERILE A



Avant utilisation lire attentivement le prospectus
Before use, read carefully the instruction leaflet

Garder loin des enfants
Keep out of reach of children

Éliminer correctement le récipient après utilisation
Dispose of properly the container after use

Le contenu doit être utilisé dans les 12 heures suivant la première ouverture.
The content must be used within 12 hours after the first opening.

CROSS®

Acide Hyaluronique Réticulé CrossLinked Hyaluronic Acid

0,4%
(4 mg/ml)

Soulagement de la sécheresse oculaire
Ré-épithélialisation de la surface oculaire
Relief of eyes dryness
Ocular surface re-epithelialization

Sans Conservateur
Preservative free

Gouttes oculaires
Eye Drops

10 x 0,5 ml
Unidoses refermables
Reclosable single doses

E-PROM
Pharma

COMPOSITION: Solution aqueuse de polymères croisés d'hyaluronate de sodium (dont 0,4% de polymère croisé d'acide hyaluronique (sodium), Trémétamol, Hydrochloride d'acide 2N, Chlorure de sodium, Eau Pour Injection-Sans conservateur.

MODE D'UTILISATION: Voir les instructions dans le prospectus.

ACCOMPLISSEMENT: Voir les instructions dans le prospectus.

VALIDITÉ: À utiliser avant la date de péremption mentionnée sur la boîte.

FARVILLINI
2020

2

016994

LOT

RC0120
2023/10

PPC:105,00