

# 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
- 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° M21- 073379

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4843 Société : LATI

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADDI - IBAREK

Date de naissance : 1938

Adresse : 620 EL-HA, rue 14 & 15 A CAS

Tél. : 0650607970 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.11.2022

Nom et prénom du malade : HADDI - IBAREK Age : 84 ans

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

Nature de la maladie : 11 diabète sucré

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



### 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
16/11/22	CS		309,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/22	165,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

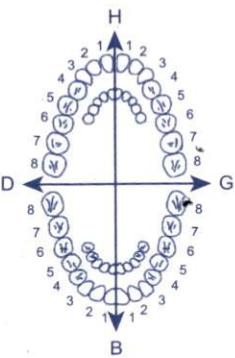
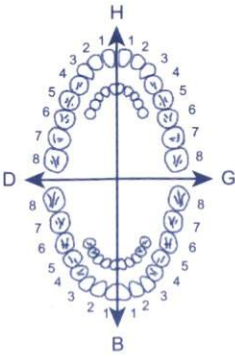
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr. Fatima Azzahra IBN GHAZALA



**Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Enterologie & Proctologie**

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire
- Intestins et colon irritable
- Proctologie médicale et chirurgicale
- Diplôme d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd

براء ابن غزالة

أمراض الجهاز  
أمراض المخرج

المرارة ، المعدة ،  
العصبي

راحة البواسير

دي

الإستشفائي ابن رشد

Casablanca , le : 15/11/2022



LOT: 0414  
PER: 08 2025  
PPV: 46.00DH

Mr. Hachem Norek

1)

Forlex

2 sachets

1 sachet

d'eau à l'aut  
le pt de j

PHARMACIE EL MESJID  
SARL AU  
445, Bd Mokhtar Soussi  
Casablanca  
Tél. : 05 22 28 01 62

40.40

2)

metospasmyl

1cp x 3

45

5)

omosis

2 sachets au coucher

3400

3)

stimol

1cp x 2/j

45

161.40

4)

cicatrizen

45

1cp x 2

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 80 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

0522 28 61 57

docteuribnghazala@gmail.com

548 ملتقى شارع 2 و شارع موديبوتيك - إقامة السنة رقم 13 الدار البيضاء (أمام مسجد السنة)

548, angle bd 2Mars et bd modibokeyta, Res. Assounna app 13 (devant mosquée Assounna)



# Cicatrizen®

Centella Asiatica

## Formes et Présentations :

Poudre en flacon de 15 gr

Crème en tube de 30 gr

## Composition :

Extrait titré de Centella Asiatica

Excipient QSP

## Propriétés :

CICATRIZEN est une crème / poudre cicatrisante, grâce à ses principes actifs, notamment la Centella Asiatica qui est considérée en médecine ayurvédique comme "quasi magique". Elle est traditionnellement utilisée pour apaiser les démangeaisons et adoucir les brûlures.

En application externe, ses stéroïdes permettraient d'apaiser les démangeaisons et de cicatriser plus facilement.

CICATRIZEN est une crème / poudre cicatrisante, vasodilatatrice. augmente la production de collagène et l'activité antioxydante.

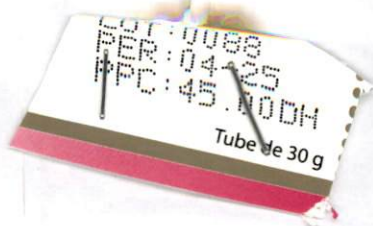
CICATRIZEN aide à la reconstruction de l'intégrité de la peau, elle crée des conditions favorables à la régénération de la peau, apporte du confort en assouplissant la peau et en soulageant les tiraillements liés à la cicatrisation.

## Mode d'emploi :

Application locale.

## Conservation :

Conserver à l'abri de la chaleur.



Produit des laboratoires PMP Biopharmed  
Zone Industrielle "ALJ" LOT 89 , El Mansouria Benslimane  
[www.pmpbiopharmed.com](http://www.pmpbiopharmed.com)

# OSMOSINE®

Hydroxyde de magnésium

## Composition :

Composition pour 5 ml :

Hydroxyde de magnésium .....

Excipients : sorbitol, arôme orange, parahydroxyb  
de propyle sodé, eau purifiée et autres excipients ...

## Titulaire et fabricant :

Laboratoires SPIMACO MAROC km 4 ancienne route de l'aviation Tanger.

## Qu'est ce qu'OSMOSINE, et dans quels cas est-il utilisé.

OSMOSINE, est présenté sous forme d'une suspension orale en flacon de 260 ml. La boîte contient une cuillère qui peut mesurer des doses de 2,5 et 5 ml.

OSMOSINE, est un médicament qui possède une activité laxative et anti-acide (neutralise l'excès d'acide dans l'estomac).

**OSMOSINE, est indiqué dans le traitement symptomatique de la constipation.**

## Avant de prendre OSMOSINE :

Ne prenez pas ce médicament :

- Si vous êtes allergique à n'importe quel composant de la suspension.
- Si vous souffrez d'une atteinte rénale grave.
- Si vous présentez n'importe quel symptôme d'appendicite, d'obstruction ou d'inflammation intestinale, tels que douleur abdominale d'origine inconnue, crampes, ventre gonflé ou douloureux, nausées, vomissements ou diarrhée.

