

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3343 Société : RAN (139155)  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : FARZOUZ Mohammed  
Date de naissance : 1955  
Adresse : B8 le corniche Rens les jardins  
Elhar 2  
Tél. : 0664776760 Total des frais engagés : 2728.30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
Date de consultation : 14/11/2022  
Nom et prénom du malade : FARZOUZ Zehra Age : 67 ans  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Cardiopathie + Colopathie fonctionnelle  
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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : Ely

Le : 17/11/2022

#### **RELEVE 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
14-11-2022		( 1 )	( 300,00 )	Dr. A.H. Chirurgien Dentiste 12 Bd. d'Anta - Casablanca INPE : 091131706

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme Anne LILY Pharmaciene PHARMACIE DE LA CASERNE Caserne de la Gendarmerie 25097 Paris Cedex 15 Tél. 01 45 52 22 22	14/11/22	2428.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

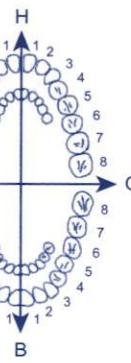
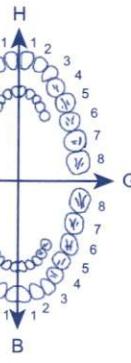
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r}  H & 25533412 & 21433552 \\  D \hline 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  B & 00000000 & 00000000  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon



مصحة متواصة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

le 14/11/2022

FARZOUZ Mohamed

KARELTO 15g

909.00

1 cp/j pendant  
3 mois

29.70

ZITHORAX 500 mg

1 cp/j pendant 3 jours

307.00

Lyrica 75 mg

PHARMACEUTIQUE  
Docteur en Pharmacie  
Anzaqar  
Boulevard  
T. 0522 25 09 76  
0522 25 09 76  
0522 25 09 76

Lyrica® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH



29.50

Carbosorb

1 cp x 3/  
du repas

16h, po

T: 2428.20

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél: 05 22 36 27 27 - المراكز الطبية - الهاتف: 05 22 36 27 27 - G. - CNSS: 6234752 - Patente: 35605793

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF: 01004447

DR A.H. TADJI, Chirurgie Générale et Urologie

UT.AV.

07 2024

P.P.V.

LOT N°

G J 8 5 9 1

79 70

Lot:

À consommer de  
préférence avant le:

220213

04/2027

PPC: 79,50 DH



**Xarelto®**

Xarelto 15 mg comprimé pelliculé  
Xarelto 20 mg comprimé pelliculé  
**rivaroxaban**

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance rapide de nouvelles informations relatives à la tout effet indésirable que vous observez. Voir indésirables.

**Veuillez lire attentivement cette notice avant des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin d'autre chose.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il pourrait leur être nocif, même si les signes sont peu marqués.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable. Ceci s'applique aussi à tout effet secondaire de cette notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice**

1. Qu'est-ce que Xarelto et dans quels cas est-il prescrit?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Xarelto?
3. Comment prendre Xarelto?
4. Effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Xarelto
6. Contenu de l'emballage et autres informations pratiques

**1. Qu'est-ce que Xarelto et dans quels cas est-il prescrit?**

Xarelto contient une substance active appelée rivaroxaban. Ce médicament est prescrit pour :- prévenir la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins (Vasculaire Cérébral ou AVC) et dans les autres, souffrez d'une irrégularité du rythme cardiaque (tachycardie, fibrillation auriculaire); - traiter les caillots sanguins qui se sont formés dans une veineuse profonde) et dans les vaisseaux sanguins de vos poumons.

Xarelto appartient à une classe de médicaments qui empêchent le facteur de la coagulation sanguine (le facteur II) de former des caillots.

**2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Xarelto?**

**Xarelto®**

Xarelto 15 mg

Xarelto 20 mg

rivaroxaban

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V : 909,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090785



87829685



**VISMED® MULTI**

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zouhour Rmaw  
B.P. 20500 Casablanca  
**P.P.C: 144.10**

lcant eye drops

en

## INSTRUCTIONS FOR USE

### VISMED® MULTI

Sodium hyaluronate from fermentation 0.18 %.

### Lubricant eye drops.

Sterile, free from preservatives.

### Composition:

1 ml solution contains sodium hyaluronate 1.8 mg, sodium chloride, potassium chloride, disodium phosphate, sodium citrate, magnesium chloride, calcium chloride and purified water. The solution is hypotonic.

### Indications:

For lubrication of the eyes in case of sensation of dryness, burning and ocular fatigue and other minor complaints of no pathological significance induced, for example, by dust, smoke, dry heat, air conditioning, wind, cold, extended computer screen use or contact lens wear (rigid or soft).

### Contra-indications:

Individual hypersensitivity to any constituent of the product.

### Interactions:

Do not use VISMED® MULTI at the same time as any drug or other product applied to the eye since it may modify their effects.

### Side effects:

On very rare occasions transient disorders such as irritation of

often as needed. After blinking, the solution will disperse and form a transparent and long lasting coating on the surface of the eye. VISMED® MULTI may also be used while wearing contact lenses (rigid or soft).

### Precautions:

Do not touch the tip of the opened container and do not touch the surface of the eye with the tip of the opened container. Put the protective cap back on after using VISMED® MULTI. Do not use VISMED® MULTI if the container is damaged. VISMED® MULTI can be used up to 3 months after first use. Any solution not used within 3 months after opening must be discarded. Otherwise the sterility is no longer guaranteed and this may be associated with a risk of infection.

Store below 30 °C! Do not use VISMED® MULTI after the expiry date indicated on the container and the folding box. If discomfort persists while using VISMED® MULTI consult a physician. Keep out of reach of children.

### Characteristics and mode of action:

VISMED® MULTI contains sodium hyaluronate, a natural polymer, which is also present in the structures of the human eye. The particular physical characteristics of sodium hyaluronate confer to VISMED® MULTI its viscoelastic and water retaining properties. VISMED® MULTI provides a stable coating on the surface of the eye which is only slowly eliminated by blinking. Therefore VISMED® MULTI combines long lasting relief with maximum comfort. VISMED® MULTI is well tolerated due to