

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0012422

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHANNID

Date de naissance : 16/04/1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDERRAZAK - CASA

Tél : 0661973497 etal des frais engagés : 368 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 M / 2022

Nom et prénom du malade : BENSIH HUBIR Age : 30

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 20 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles


- Reclamation : 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



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le Paiement des Actes
28-11-22	C3		3000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.11.22	68,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

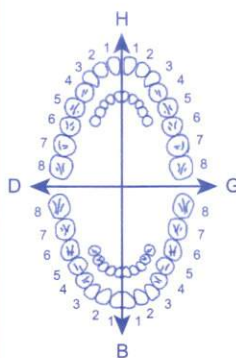
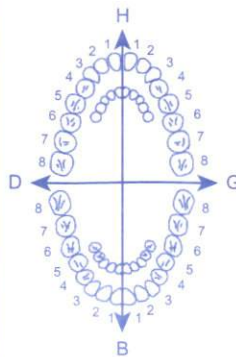
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aérospatiale

## الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنات (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca le :

29-11-2022

M EG-ZARI Haha

68,00

Diabète



Agte 23/12/2022

PHARMACIE HYPER  
Nadia BENNIS  
angle Bd. Di Azzouane et Ali Abdoumal  
Tél. 022-94-45-30 - CASABLANCA

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

Date de premiere ouverture

تاريخ اول فتح

ديكلوسيد 1 مغ/مل

محلول قطرات للعين

قارورة 10 مل

ديكلوفيناك الصوديوم..... 1 مغ  
ل 1 مل

قائمة المواد ذات:

ريسينولات الماكروغول غليسيرول،  
كروميثانول، حمض البوريك،  
المستحضرات اللينة.

المواد ذات التأثير المملو:

ريسينولات الماكروغول غليسيرول.

عن طريق العين.

قراءة اللثة قبل الاستعمال.

احتفظ بالذواء بعيدا عن مرمى

ومنتول الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز

25 درجة مئوية.

بعد الفتح، تحفظ القطرات لمدة

اقتضاها 8 أسابيع.

رقم مقرر التسجيل بالمغرب :

138/17DMP/21/MRQ

Soyez prudent

Ne pas conduire

sans avoir lu la notice

ممنوع القيادة

قبل قراءة التعليمات

Thiéa



Diclofed®

1 mg/ml

Collyre en solution

10 ml

ديكلوسيد

1 مغ/مل

محلول قطرات للعين

ديكلوفيناك الصوديوم

10 مل

Sans  
conservateur  
بدون حافظة

Diclofed 1 mg/ml

Collyre en solution

Flacon de 10 ml

Diclofed sodique ..... 1 mg  
pour 1 ml

Liste des excipients :

macrogol glycérol,  
tonifiant, acide borique, eau  
pour préparations injectables.

Excipient à effet notoire :

macrogol glycérol.

Voie ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA

PORTÉE DES ENFANTS.

A conserver à une température ne

dépassant pas 25°C.

Après ouverture, le collyre

se conserve au maximum

8 semaines.

Numéro d'AMM Maroc:

138/17DMP/21/MRQ

DICLOFED + GROSSESSE = INTERDIT



DICLOFED + GROSSESSE = INTERDIT

الحمل +

لا يجب استعماله لدى المرأة الحامل  
ابتداء من الشهر العاشر من الحمل  
Ne pas utiliser chez l' femme enceinte  
à compter du 6<sup>e</sup> mois de grossesse

DICLOFED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV - 68,00 DH

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

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES RÈGLES PRESCRITES  
لا يتناول - لا يحق  
لا يجب استعماله لدى المرأة الحامل  
ابتداء من الشهر العاشر من الحمل  
Ne pas utiliser chez l' femme enceinte  
à compter du 6<sup>e</sup> mois de grossesse



NIVEAU 1

Thiéa