

**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

M22- 0016395

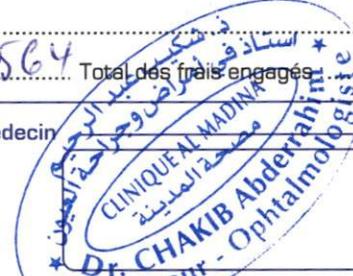
Almooch

Maladie Dentaire Optique Autres

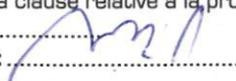
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3282 Société : _____
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
 Nom & Prénom : ASSABRANE ABDELKRIM
 Date de naissance : 14.12.1948
 Adresse : _____
 Tél. : 0661132564 Total des frais engagés : 400,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 28/11/2022
 Nom et prénom du malade : ASSABRANE Age : _____
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : opération de Cataracte
 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 : _____ Le : 28/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

MUPRAS
 07 DEC. 2022
 ACCUEIL

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
28/11/22		cs	Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/22	Med, etc

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 :

Veillez 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	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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

CLINIQUE AL MADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون

داء العينين بالسكري و داء جلالة

أمراض الشبكة و جراحة العيون

28/11/22

ORDONNANCE



Assabane Abdelkrim

Instiller, à 15 minutes d'intervalle dans l'OEIL OPERE, LES COLLYRES SUIVANTS:

7480	a- Sepcen 500 MG	Comprimé	1cp x 2/j	pendant 5j
7710	b- Dexafree	Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 1 mois
3650	c- Chibroxine	Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 10j
2900	d- MYDRIATICUM	Collyre	1 goutte x 2/j	pendant 1 mois
2640	e- Sterdex	Pde	1 Application le soir	pendant 24j
8000	f- NAVITAE plus	Collyre	1 goutte x 6/j	pendant 2 mois

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beausejou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beausejou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

د. شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
* CLINIQUE AL MADINA *
مصحة المدينة
* Dr. CHAKIB Abderrahim *
Professeur - Ophtalmologiste

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

STERDEX
pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Dioun,
20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable :
Amina DAOUDI



CHIBROXINE 0,3%
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

Traitée :
Laboratoires THEA
17, rue des Siblons
93011 Clamart-Seine-St-Denis Cedex 2
France

Fabricant :
EXCIVISION - Rue de la Lombardie
07100 Annonay - France

سيتيسين[®] 500

سيير وفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPGEN[®] 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصى بها

LOT: 05322028
PER: 10/2025
177: 24.63 0H

081ht



26088003

Lot / Fab / EXP :

5Q9D

12 2021

12 2024



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAUDI