

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)

M22- 0014961

Optique 145464  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1649 Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKKAZENE Nohamed

Date de naissance :

el. el. 1954

Adresse :

lotissement Zahra Rue 80000

Tél. :

66 716 4601 Total des frais engagés : 113500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AKKAZENE Nohamed Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 24/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
2021				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ouled El Mekkaoui Mohamed Antoine BENNANI 1, Rue Ouled El Mekkaoui, Béjaïa Chambre de Commerce Tél: 06 22 52 70 17 E-mail: benanani.d@gmail.com INP 092046754	24/10/2022	435,20

## 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.



# PHARMACIE OUED EL MAKHAZINE

DATE

24-10-2022

CLIENT

M. Akkazne Yousra.

Signature over the logo:  
Pharmacie Oued El Makhazine  
M. Bennani  
1 Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 52 70 17 - Email: bennani.dr@gmail.com - INP: 092046754

DESIGNATION

QUANTITE

PRIX  
UNITAIRE

MONTANT

Cosopol collyre

2

126,10 252,20

Al phagan collyre

2

91,50 183,00

facture de la marche de :  
quatre cent trente cinq dirhams  
et 20 centimes

Signature over the logo:  
Pharmacie Oued El Makhazine  
M. Bennani  
1 Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 52 70 17 - Email: bennani.dr@gmail.com - INP: 092046754

435,20

Adresse: 1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc

ICE: 000360180000069 - IF: 14397411 - CNSS: 9417256 - RC: 399650

Tél: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com - Patente: 34071420 - INP: 092046754



LOT W005198 2  
EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie  
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret  
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand  
Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants  
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**Ne pas injecter, Ne pas avaler**  
يجب إحتراز الجرعات الموصوفة  
**لا يحقن، لا يبتلع**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)  
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة 1)



**20 mg/ml + 5 mg/ml  
20 ملг/مл + 5 ملг/مл**

**collyre en solution**  
**Dorzolamide/**  
**Timolol**

**1 flacon de 5 ml**

**محلول قطرات للعين**  
**دورزولاميد/تيمولول**

**1 قارورة من فئة 5 مل**



LOT W005198 1  
EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH

كوزوبت®  
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml  
5 ملг/ممل + 20

collyre en solution  
Dorzolamide/  
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين  
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 مل

titulaire de l'AMM/Distributeur :  
Laboratoires SOTHEMA  
C.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
ous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie  
abricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret  
oute de Marsat Riom, Clermont - Ferrand  
edex 9, 63963 - France

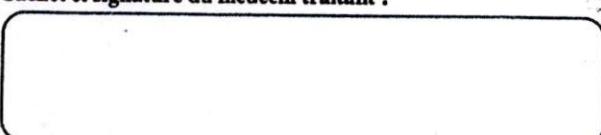
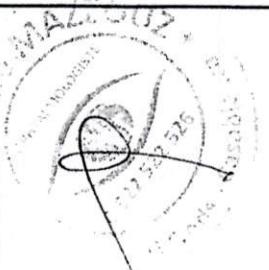
enir hors de la portée et de la vue des enfants  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
Ne pas injecter, Ne pas avaler  
يجب إحترام الجرعات الموصوفة  
لا يحقن، لا يبلع

NIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)  
يصرف بوجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	AKKAZENE MOHAMED
Matricule :	1679
N° CIN :	B69260
Adresse :	lotissement Zahra Rue 8 n°1 Atti CHOK - CASA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Akkazene Mohamed
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitemen prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Carap le 114 FFV 2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
 	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées