

## 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.



146 900

Déclaration de Maladie : N° S19-0003580

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4336 Société : P.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAOUN Youssef Date de naissance : 15.2.55  
Adresse : Apt 18 Residence Nourad ATLAS ESSAOUIRA  
Tél : 0661238350 Total des frais engagés : 837 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/12/2023  
Nom et prénom du malade : MAOUN Youssef Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Longue Durée  
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 : 26/12/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/12/2023

#### 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/11/2023      | 9                 |                       | 300                             |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur         | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MARHABA<br>522 31 15 40 - 0522 31 43 | 26/11/23 | 537,00                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

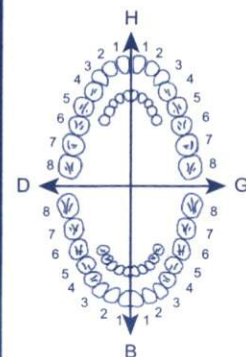
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

أمراض وجراحة العيون

Casablanca le : 26 janvier 2023 الدار البيضاء في

Mr MAOUN YOUSSEF

XALACOM COLLYRE

1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 6 jours

PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, Av. des F.A.R. - Casablanca  
Tél : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 33

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Moulay Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
7, Rue Ben Dahan - Casablanca  
Tél : 05 22 27 49 95

7, زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف 0522.27.49.95  
7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95













50 ميكروغرام/مل + 5 مغ/مل

زالاكوم<sup>®</sup> Pfizer



المكورات: ٥٧٩ مكوروست  
(50 ميكروغرام/ملا) ونايسون.  
(5,000 مع امل) في صورة مائات تيمولون.  
مؤلفات ذات تأثير معظم.  
احادي هيدرات فوسفات احادي الصوديوم ،  
فوسفات ثنائي الصوديوم ، كوريد الازيرالكيوم

اقرأ النشرة لكثير من المحرمات  
اقرأ النشرة قبل الاستخدام  
احتفظ بهذا الدواء بعيداً عن متناول  
الأطفال.

عن طريق الصبي  
ليست للباح، ليست للعقل

Respecter les doses prescrites  
Ne pas arrêter  
Éviter l'alcool  
Appeler votre pharmacien

▲ **Liste 1 - Uniquement sur ordonnance**  
 ▲ **لاصة 1 - بحرف بوصفة طبية**



يُعتبر من أفضل الفصحى في اللغة (الجزء 2 و3 درجات متوسطة) بعد الفصحى الأمامية، ينبغي للدارسين المتقدمة في درجة متوسطة لا تزيد عن 25 درجة متوسطة أن يستخدموا هذا الأسلوب، ولم يتغير في اللغة في النسخة الكروية المتأخرة، بعيداً عن النسخة الحالية، 3 نسخ من اللغة في النسخة الحالية.

مختبرات الفيزياء  
0.5 كم طريق الوكيلية، صندوق البريد 35  
الجديدة، المغرب



**Xalacom<sup>®</sup>**  
50 microgrammes/ml  
+5mg/ml  
Latanoprost/Timolol

50 microgrammes/ml  
+5mg/ml  
Latanoprost/Timolol

Collyre en solution  
1 flacon de 2,5 ml

معلول قطرات العين  
قنبلة سعة 2.5 مل

Lot/Exp.:

FW1413  
FW8693  
01/2024

4

**Composition** pour 1 ml:  
Latanoprost: 50 microgrammes  
Timolol: 5,00 mg, sous forme de  
malaate de timolol.

**Excipients à effet notoire:**

Chlorure de benzalkonium  
Phosphate disodique  
Phosphate monosodique  
monohydraté.

**Mode et voie d'administration:**

Voie ophtalmique. Lire la  
avant utilisation.

Voir la notice  
 d'information

**MISES EN GARDE SPECIALES:**

Ne pas injecter, ne pas avaler. Tenir hors de la vue de la portée des enfants

A conserver avant ouverture  
entre +2°C et +8°C

(au réfrigérateur) dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. Après ouverture, le faon doit être utilisé dans un délai de 4 semaines et peut être conservé à une température ne dépassant pas +25°C.

Tubular

Laboratoires Pfizer S.A.  
Km 0.500, Route de Quindía  
BP 35,

24 000 El Jadida, Maroc.  
Médicament autorisé N°  
250/20dmo/NPQad

**THE**





50 ميكروغرام/ملي + 5 مع اميل

زاناكوم®  
Pfizer



للكوليت وخصوصاً  
(50 ميكروغرام/ملي) وخصوصاً  
(5000 ملغ/ملي) في صورة حبات اميل  
حبات ذات لون مغلف  
اميلاري حبات حبيبات اميلاري  
حبات قلبي اميلاري  
لوا اميلاري حبات من اميلاري  
احفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة  
من حرارة الشمس  
تستعمل لتخفيف الصداع  
الصداع

Laboratoires  
Pfizer S.A.

XALACOM COLLYRE 2.5ML  
P.P.V : 89DH50



FABRICATEUR  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RUMSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

PAA168044



Lire 1 - Uniquement sur ordonnance  
Lire 1 - يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة



يجوز قلب الحبة في الحزمة (ان 2 في حبات  
مطوية مع الحبة الا ان حبة واحدة فقط  
في حبة مطوية لا تزيد عن حبة مطوية واحدة  
تستخدم 200 في الساعة في حبات مطوية في  
الحزمة كالحزمة العادية حبات مع الحبة  
حبات وخصوصاً حبات المطوية مع الحبة  
حبات حبات حبات  
5000 ملغ/ملي الحبة مطوية حبات حبات  
الحبة المطوية



Xalacom®  
50 microgrammes/ml  
+5mg/ml  
Latamprost/Timolol

Collyre en solution  
1 flacon de 2,5 ml

معلول قطرات العين  
قسيعة 2.5 مل

Lot/Exp.:

FW1413  
FW8693  
01/2024

**Composition pour 1 ml:**  
Latamprost: 50 microgrammes  
Timolol: 5,00 mg, sous forme de  
melasse de timolol.

**Excipients a effet notoire:**  
Chlorure de benzalkonium  
Phosphate disodique  
Phosphate monosodique  
monocarbonate

**Mode et voie d'administration:**  
Voie ophtalmique. Lire la notice  
avant utilisation.  
Voir la notice pour plus  
d'information.

**MISES EN GARDE SPECIALES:**  
Ne pas injecter, ne pas  
avaler, l'air noir de la voie et  
de la portee des enfants.  
A conserver avant ouverture  
entre +2°C et +8°C

(au refrigerateur) dans l'emballage  
exterieur a l'abri de la lumiere.  
Apres ouverture, le flacon doit être  
utilise dans un delai de 4 semaines  
et peut étre conserve a une  
temperature ne dépassant pas +25°C.

**Teneur:**  
Laboratoires Pfizer S.A.  
Im 0,500. Boite ne contient  
89 35.  
24 000 D. Andia. Maroc.  
Médicament autorisé n°  
250/200mp/Medoc