

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0012518

149567

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2755 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : G. OTMANI AHMED

Date de naissance : 09-07-1968

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0635788080 Total des frais engagés : 54,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 15 FEV 2023

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.2.23	5420

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

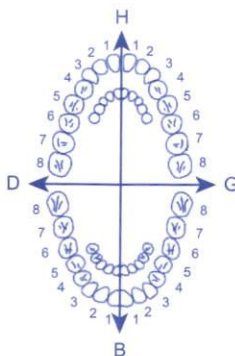
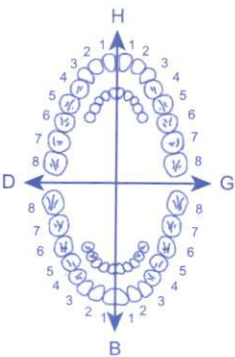
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaux, 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"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412		21433552												
		D	00000000		00000000												
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

PHARMACIE NQUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA  
602 BD OUM EL RABIA EL OULFA  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

CASA

CASA

Le : 13/02/2023

FACTURE N°: 45089/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ASPRO EFFERVESCENT	17,00	7	17,00
1	FUCITHALMIC POMMADE OPHT	37,20	7	37,20

TVA 7%: 3.55

Total : 54,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE QUATRE DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE NQUZHA  
DIOURI AYADI NOUZHA  
Diplômée d'Université de Bruxelles  
602, Bd Oum El Rabia - El Oulfa  
Casablanca  
Tél: 0522.90.17.15  
Patente: 35035000

Fucithalmic® 1%



Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville

BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV: 37 DH 20



المسار العينى (بصري)

يجب عدم الإبتلاع

يجب قراءة النشرة الطبية قبل الإستعمال

يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول أيدي الأطفال

مدة الحفظ بعد الفتح: ١٥ يوم

EPI titulaire de l'AMM au Maroc:

POLYMEDIC

Rue Amyot d'Inville - Quartier Arsalane

Casablanca - Maroc

Fabricant:

LEO Laboratories Ltd.

Cashel Road, Dublin 12, Ireland®

CN-103841-01

Fucithalmic® 1%

Acide fusidique

Gel ophtalmique

%1 Fucithalmic®

حمض فوسيدي

مرهم للعين أنبوية من 3 جرام

Voie ophtalmique (oculaire)

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Durée de conservation après

ouverture: 15 jours.

Tube de 3 g

1%

Fucithalmic® 1%

%1 Fucithalmic®

Gel ophtalmique

مرهم للعين

1%



Composition:

Acide fusidique: 30 mg pour 3 g de gel

Excipients:

chlorure de benzalkonium, édétate de sodium, mannitol, carbomère, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Excipients à effet notoire: chlorure de benzalkonium

Consulter la notice pour toute information complémentaires.

التركيب

حامض الفوسيديك: ٣٠ مللجرام لـ ٣ جرام جل (معلق)

المكونات:

كلوريد البنزالكونيوم، إديتات الصوديوم، دي، مانيتول، كاربومير

(كاربومير ٩٧١ بي)، محلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء للحقن.

مواضع له تأثير بارز: كلوريد البنزالكونيوم

لمزيد من المعلومات انظر النشرة المرفقة

1%

1

057752

LOT: C64321  
EXP: 10/2025

23 x 22 x 91  
CIEOM2A-03

# ASPRO®



**500 mg**

**SOULAGE  
LA DOULEUR**

**FAST PAIN RELIEF**

**20 comprimés  
EFFERVESCENTS**

PPU: 17.00 DH  
CB05495  
EXP: 11/2025