

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2318 Société : RAM ND 33

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme HAROUCH Amina N56

Date de naissance : 1956

Adresse : Attadameur Rue 1 Imm 80 App 5 Onfa

Tél. : 0661871315 Total des frais engagés : + 116,40 + 116,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : HAROUCH AMINA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : blepharite cheilosie 'sporale' op

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

Dr Lahou Nour EL YAKINE  
Médecin Ophtalmologiste  
124, Bd Rahel El Meskini - CAS 1  
05 22 44 20 64 / 05 22 44 28  
INP: 091032979

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01.03.2023 C2   |                   |                       |                                 | <i>jeel el</i><br>DOCTEUR NOUH EL MANSOURI<br>MEDECIN OPHTALMOLOGISTE<br>24, BD RABAH EL MESKINI<br>CASABLANCA      |
| 09.03.2023 C2   |                   |                       |                                 | <i>qatni</i><br>DOCTEUR NOUH ET YANNICK LAHLOU<br>MEDECIN OPHTALMOLOGISTE<br>124, BD RABAH EL MESKINI<br>CASABLANCA |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE NAGUIB<br>Dr Naguib Nadia<br>334, Bd du 20 Août<br>Oujda - Casablanca<br>Tél : 05 20 00 25 95 | 01-03-23 | 416,40                |

### 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.

| 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  |                                       |                                       |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B<br>00000000<br>00000000<br>00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>      |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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 |

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

Lahdiou Nour, CL,  
1, Bo. Rahai El Nestani - Casablanca  
22 24 20 64 / 05 22 44 28 51

le 01/03/2023

HALOUCH Amine

TOBRADEX®  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
0,3/0,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/21/NH/0

6 118 001 070602  
690206 MA



- Augmentin 500 mg x 12 (SV) 168,20
- Tobradex pate gelable (SV) 54,40
- corneregel gelable 3 fl (SV) 76,10
- dimeto 25 mg x 3 fl (SV) 65,00
- bonstelle eye drops (SP) (SV) 30,50
- Algactel cr en combilinson (SV) 22,20
- 1 - 93 fl (SV) 416,40

PHARMACIE NAGUIB  
Dr. NAGUIB  
334 Bd Oued Bouaoura  
Casablanca  
Tél: 05 20 00 25 95

Cornergel Gel ophta 10g  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NP  
PPV 76,10 dh  
Vignette L1MA06 49809E300/1-MA

DI-INDO®

25 mg

PPV 65DH00

EXP 01/2025  
LOT 100471

30 comprimés effervescents

PPV: 22DH20

PER: 12/24

LOT: L4077

Sterisoin®

COMPRE  
ADH

adhésive de la gamme Sterisoin® est une rondelle si  
un support adhésif, adaptée à la forme anatomic  
éatoires ou post-traumatiques (plaies ou irritations);  
atoires ou post-traumatiques (plaies);  
e contre les agents extérieurs tels que poussières, corps é  
ment luminosité et vent;  
nce de sollicitations visuelles.  
resse oculaire adhésive Sterisoin® permet également  
toutefois adhérer à l'œil.  
risoin® peut être utilisée r

rmiers, médecins, chir

nt toute application pou  
ipresse. Fermer doucement le  
vent être évités. Appliquer la c  
tirer la peau car toute tension p  
rait provoquer une  
adhésion. afin de rel  
on avec les doigts sur le contour de la compresse

30'S

# AUGMENTIN

AMoxicilline-acide clavulique

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 168,20 DH

LOT: 650799

PER: 08/24

