

# 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

- Reclamation : 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)

M23-001203

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **2761** Société :  
 Actif  Pensionné[e]  Autre  
 Nom & Prénom : **J. A. A. N.**  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : .....  

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] : ..... 

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M23- 0001203**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent[e] : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 2761

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TANANI

BOUCHAÏB

Date de naissance :

01-01-1955

Adresse :

Coop ECHABAB N°14 BERHID

Tél. :

062275362

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

29 MARS 2023

Nom et prénom du malade :

LAAZIZI F. Z. A. M.

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Correction d'une tropie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

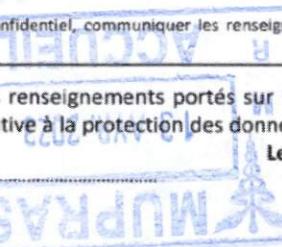
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

R. O.



Le : 1/4/2023

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/03/2023	CS		2500.00	INP : 1111111111 Mourari M'hamed Ophthalmologiste Télé : 091171975

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA FRESCURE Abdelhafi ESSABHI Délégué en Pharmacie Av. du Nil Bloc 63 N° 23 Sidi Othman Casablanca - Tél. : 05 22 37 14 02	29/03/2023	106,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MDO Opticien Casablanca Tél. : 065032633	30-03-2023					3000.00
	2023					

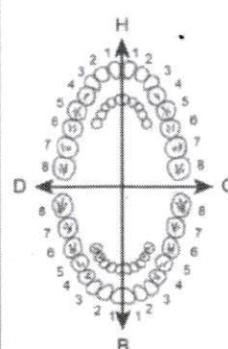
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				1111111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

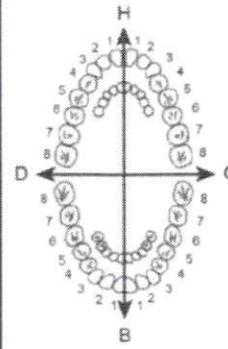


ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° : 006942

Casablanca, le 30-03-2023

Mme / Mr : Laazizi fatima

Dr : Fouari MOHAMMED

VL

OD : +1,50 (-3,50 - 177°)

OG : +1,50 (-3,50 - 175°)

Monture

Op Ti que

800,00

DH

VP-Add

OD : +1,75

OG : +1,75

Verres

Organique pour vision  
Loin et près  
2200,00

DH

Total à payer : 3000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC 6123  
ICE : 002642590000069

**Dr. ZOUARI Mohammed**  
**Ophtalmologiste**

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Lentilles de contact
- Glaucome - Voies lacrymales
- Angiographie - laser

- Ancien ophtalmologiste au CHU 20 Août, Casablanca
- Membre de la société Française d'ophtalmologie
- Diplôme de l'université de Bordeaux



**الدكتور زواري محمد**  
**اختصاصي في أمراض وجراحة العيون**

- جراحة الجلاة بالليزر
- الحول - العدسات اللاصقة
- مسالك الدموع - داء الزرق
- تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي 20 غشت بالبيضاء
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
- حاصل على دبلوم من جامعة بوردو بفرنسا

Casablanca le ..... 29 MARS 2023 .....

**M-A-D OPTIC**  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rabbat Casablanca  
Inpe 2065032633

Logez Fadous

Tot = 106,60

hollus

Mr. Jules Viven

**PHARMACIE DE LA PREFECTURE**  
Abdelghani ESSABHI  
Docteur en Pharmacie  
Av. du Nil Bloc 33, 1<sup>er</sup> 23 Sidi Othman  
Casablanca - Tel: 05 22 37 14 02

**PHARMACIE DE LA PREFECTURE**  
Abdelghani ESSABHI  
Docteur en Pharmacie  
Av. du Nil Bloc 33, 1<sup>er</sup> 23 Sidi Othman  
Casablanca - Tel: 05 22 37 14 02

VL 100 - + 1,50 (- 3,50 127)  
66 - + 1,00 | - 3,50 + 175)

22,60

YR = + 1,75 sur 0%

84,00

Flucon S.V

96

1

Mosby

S.V

16 Ma 21,1

S.V

16 Ma 31,0

**الدكتور زواري محمد**  
**Dr. ZOUARI Mohammed**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
1483 Av. Driss El Harti - Casablanca  
Tél: 05 22 72 30 72 - zouarimed@hotmail.com

# Naabak 4,9 %, collyre en solution

Acide N-acétyl aspartyl  
glutamique sodique

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DADUDI

VOUS TRAOREZ...

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous



t  
er ce  
t des  
pour

## Fréquence d'administration

En moyenne, 2 à 6 fois par jour.

## Durée du traitement

1 flacon de 5 ml permet un traitement d'environ 20 jours à la posologie moyenne préconisée. Après amélioration de vos symptômes, le traitement doit être poursuivi pendant toute la période de risque d'allergie.

**Si vous avez utilisé plus de NAABAK 4,9 POUR CENT, collyre en solution que vous n'auriez dû :**  
En cas de surdosage, rincez au sérum physiologique stérile.

## **4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde :

Possibilité de sensations brèves de brûlures ou de picotements au moment de l'instillation.

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

# FLUCON<sup>®</sup>, collyre

## Flurométholone



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NV  
Laboratoires Sotema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO

406865

..... 0,1 g ..... 0,1 g  
..... 0,01 g ..... 0,01 g  
..... potassium phosphate disodique anhydre, polysorbate 80,  
..... polysorbate 80, ..... potassium phosphate disodique anhydre,  
..... sodium tetracétate de sodium, alcool polyvinyle, .....  
..... pectine, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de .....  
..... sodium pour ajuster le pH, eau purifiée ..... q.s.p., 100 ml

### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 3 ml.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CORTICOÏDES

### e) NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE / EXPLOITANT

Laboratoires ALCON

4, Rue Henri Sainte-Claire Deville  
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX