

# 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.

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

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 067754

ND: 30903

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 372 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUSSETTA HALIMA

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 : .....

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067754

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 : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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															
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin de</b> <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: <u>Boussetta Halima</u>	Mle <u>00372</u>
<b>DECLARATION N°</b>	<u>W18-344526</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>13/01/20</u>	<u>4439,20</u>	<u>04</u>
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-344526

DATE DE DEPOT

20/03/2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>00372</u>
Nom & Prénom <u>Boussetta Halima</u>		
Fonction <u>Retraite</u>	Phone <u>0661208926</u>	
Mail <u>Contact@gsm.ma</u>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>Boussetta Halima</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date <u>13/01/2020</u>	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>Affection oculaire</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C 2</u>		<u>300,00</u>
<b>PHARMACIE</b>		
Date		
Montant de la facture		
<u>I. N. P. E</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

**Pharmacie K. IMILIA**  
**Dr. Bouchra BAGHDAD**  
 75-7D, Lot, Bouanma - Aoul (C)  
 Marrakech  
 Tél: 05 24 30 63 23

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

Docteur BOUSHABA Hassan

SPECIALISTE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX

- Spécialisation Approfondie en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Nantes (France) (A.F.S.A.)
- Diplôme inter-universitaire en chirurgie réfractive et phacoémulsification de l'Université Paris 6
- Diplôme inter-universitaire en infections et inflammations oculaires de l'Université Paris 7
- Diplôme inter-universitaire de cornée de l'Université Paris 6
- Diplôme Universitaire de strabologie de l'Université de Nantes
- Diplôme Universitaire en contactologie de l'Université de Brest

Tél : 05 24 43 76 64

E-mail : [centreboushaba@gmail.com](mailto:centreboushaba@gmail.com)

الدكتور حسن بوشابة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- شهادة في التهاب العين من جامعة باريز
- شهادة في جراحة تصحيح البصر بالليزر وجراحة الجلالة من جامعة باريز
- شهادة في القرنية من جامعة باريز
- شهادة في الحول من جامعة نانت
- شهادة في العدسات اللاصقة من جامعة بريست

الهاتف : 05 24 43 76 64

13 janvier 2020

BOUSSETTA Halima

## ASTAPH 500 (flucloxacilline)

2 gellules x 2 par jour, pendant 6 jours

## MAXIDROL POMMADE (Néomyc.Polymyx.Dexamét)

2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

## TOBRADEX POMMADE

1 application, 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

## DEXA-GENTAMICINE Collyre

1 goutte x 3, oeil droit, pendant 15 jours

## XILOIAL Collyre (hyaluronate de sodium)

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Pharmacie KAMILIA  
Dr. Bouchra BAGHDAD  
7S-7D, Lot, Bouamna - Assif (C)  
Marrakech

Tél : 05 24 30 63 22

DR BOUSHABA HASSAN  
OPHTALMOLOGISTE  
Imm KOUTOUBIA (F.N.M.E.R. 1)  
Av Zerkouni, Guéliz, Marrakech  
Tél : 05 24 43 76 64  
ICE : 081649388000012  
NIP 07103821

عمارة الكتبية 1، بلوك «أ» الطابق الأول، شارع الزرقطوني - جليز - مراکش - الهاتف : 05 24 43 76 64  
Koutoubia Center 1, Bloc A, 1<sup>er</sup> étage, Av. Zerkouni, Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 43 76 64

# ASTAPH

(Flucloxacilline)

90,80

Astaph 500mg/24 gélules



6 118000 090144

Flacon de poudre contenant Flucloxacilline (PCI) 1 g (sous forme de sel sodique monohydraté) + ampoule de 5ml de solvant intra-musculaire à base d'alcool benzylïque à 3%.

## Propriétés :

Antibiotique de la famille des bêta-lactamines semi-synthétiques à action bactéricide. La flucloxacilline est une pénicilline staphylococcique. Le spectre d'activité : Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pneumoniae, Clostridium perfringens.

## Indications :

- Infections à germes sensibles :
- infections de la peau et des tissus mous;
- infections ostéo-articulaires;
- infections des voies respiratoires;
- infections de la sphère ORL;
- Septicémie, entérocolite, ostéomyélite, méningite et endocardite à staphylocoques.

## Contre-indications :

Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines).

## Mises en gardes et précautions d'emploi :

- La survenue de toute manifestation allergique impose l'arrêt du traitement.
- Des réactions d'hypersensibilité (anaphylaxie) sévères et parfois fatales ont été exceptionnellement observées chez des malades traités par les pénicillines M. leur administration nécessite donc un interrogatoire préalable. Devant des antécédents d'allergie typique à ces produits, la contre-indication est formelle.
- En cas d'insuffisance rénale, il est inutile de réduire la posologie habituelle de la forme orale.
- Nouveau-né : administrer avec prudence au nouveau-né en raison du risque d'hyperbilirubinémie par compétition de fixation sur les protéines sériques (ictère nucléaire).

## Grossesse et allaitement :

**Grossesse :** la flucloxacilline doit être utilisée avec précaution chez la femme enceinte.

**Allaitement :** La flucloxacilline passant dans le lait maternel, l'éventualité d'une suspension de l'allaitement doit être envisagée.

## Effets indésirables :

- Manifestations allergiques : fièvre, urticaire, éosinophilie, œdème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique.
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées.
- Augmentation rare et modérée des transaminases (ASAT, ALAT), exceptionnellement hépatites ictériques.
- Réactions hématologiques réversibles : anémies, thrombopénies, leucopénies.



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHS

406805



Lire attentivement la r

# Dexa-Gentamicin

Phosphate sodique de dexaméthasone et

## Présentation:

Flacon de 10 ml contenant 5 ml de collyre.

## Composition

Dexa-Gentamicin  
1,0 mg / 5,0 mg

5 ml de collyre



6 118001 110506

Steripharma

PPV: 26,00 dh

nt:

one 1,0 mg  
5,0 mg

hate dipotassique, chlorure de

Corticoïde

## Indications:

Inflammations de la partie antérieure de l'œil dans la mesure où c  
à la gentamicine telles qu'inflammations de la conjonctive, de la c  
Inflammations allergiques surinfectées des structures externes de

## Contre-Indications:

Ce collyre ne doit pas être utilisé en cas d'hypersensibilité à l'un d  
superficiel cornéen, de blessures et d'ulcérations cornéennes, de c  
d'atteinte oculaire tuberculeuse, ainsi que