

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.



Declaration de Maladie

N° W19-504509

ND: 31918

Optique

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

1479

Société : R.A.M

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAOUKI OMAR

Date de naissance :

1950

Adresse :

HAY SALAH AGAOUI / BP 5558 Q.I  
AGAOUI

Tél. :

066 92 03 67 Total des frais engagés : 368,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/07/2020

Age: 68

Nom et prénom du malade : H. SAHLI TABIA

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : 100 yeux

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'adhérent.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agadir

Le : 18/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-504509

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

Matricule : 1479

CHAOUKI OMAR

Total des frais engagés : 368,00 DH

# 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
18 MAI 2020	ca & C		300,-	INP : 0410 79621 DR. JAFARI Khalid OFTHALMOLOGISTE Faculté de Médecine de Tunisie N° 1101 - 2 <sup>e</sup> étage EXECUTION DES OPHTALMOSCOPIES Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASSAFA N° 299 Bloc Hôtel AL HOUDA AGDAIR Tel: 05 28 32 08 73	18/05/2020	68,00

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	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'EXE

**Dr . Khalid JAFARI**

Diplômé de La Faculté de Médecine  
de TOULOUSE (France)

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angio - Strabologie

**الدكتور خالد الجعفري**

خريج كلية الطب  
بتولوز (فرنسا)

أمراض و جراحة العيون  
طب المول - أشعة الليزر

Agadir , le : 18 MAI 2020

أكادير، في:

ج.م مSAHLI DABIA

68,00  
Printed card  
18th. 3th. 15 ₡ 

68,00

**PHARMACIE ASSAFA**  
N° 299 Bloch Cité AL HOUDA  
Tél : 05 28 32 08 73

**Dr. JAFARI Khalid**  
OPHTHALMOLOGISTE  
Praticien de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Av. Hassan II - Imm. ASSOUILIL - App. N°1100 - 2<sup>e</sup> Etage  
AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50

شارع الحسن الثاني - عمارة أسوليل - شقة 1100 - الطابق الثاني - أكادير - الهاتف : 05.28.82.62.50  
Av .Hassan II - Imm.ASSOUILIL - App.N°1100 - 2ème Etage - Agadir - Tél : 05 28 82 62 50

09 2021  
09 2019

489

دیکلوزید ۱ میگرام/ملی لتر / فریز / ESD

## Dicloced 1 mg/ml

**FR**  
Collyre en solution  
Flacon de 10 ml

Diclofénac sodique ..... 1 mg  
pour 1 ml

**Liste des excipients :**

- Racloate de macrogol glycérol, trométamol, acide borique, eau pour préparations injectables.

- Racloate de macrogolglycérol.

Voir ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.  
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

A conseiller à une température ne dépassant pas 25°C.  
Après ouverture, le collyre

se conserve au maximum 8 semaines.

Après ouverture, le collyre

se conserve au maximum 8 semaines.

©

## Dicloced®

1 mg/ml

Collyre en solution  
Diclofénac sodique

10 ml

## دیکلوزید

1 میلی لتر  
محلول قطرات العين  
دیکلوفنیک الصوديوم

10 مل

**DICLOCED**

**DICLOCED**  
+ مسحوق  
= مسحوق  
= INTERDIT

Médicamenteusement autorisé  
n° 3400935682245  
Numéro d'AMM Maroc:  
138/17DMP/21/NRQ

DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Date de première ouverture  
تاريخ أول فتح

**AR**  
دیکلوزید ۱ میل  
 محلول قطرات العین  
 مطرد قدرات العین  
 دیکلوفنیک الصودیوم ..... ۱ مل

فائدة المساحقات للدكروش و غول غليسروول،  
رسيدنيلات الدهوك و غول غليسروول،  
المستحضرات للحنن،  
المسواع ذات التأثير المعلوم:

رسيدنيلات الدكروش و غول غليسروول،  
عن طريق العين،  
قرارة الشفرة قبل الاستعمال.

يحفظ بعيدا عن متداول و مراقب  
الأطفال.  
يعتذر في درجة حرارة لا تتجاوز  
25 درجة مئوية،  
بعد الفتح تحفظ الطفرات لمدة  
أقصاها 8 أسابيع.

رقم معرف التسجيل بال工商局:  
138/17DMP/21/NRQ  
Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice  
ممنوع السياقة  
قبل قراءة الدليل

للماء العادي ..... ۱ - ۲ مل  
للماء العادي ..... ۱ - ۲ مل  
LISTE II - Uniquement sur ordonnance  
قائمة II - بحسب طلب  
conservateur  
بدون حافظة  
Sans

بدون حافظة

لا يجب استعمال الماء أو الجلول  
لأنه من الماء من الماء  
No pas utilizar chez la femme enceinte  
لا يجوز استعمال الماء من الماء  
à compléter du 6<sup>e</sup> mois de grossesse

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPÉCTER LES DOSES PRÉSÉRIVÉES  
LISTE II - Uniquement sur ordonnance**

**NIVEAU I  
مستوى I**

Théo