

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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
- ☐ 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 056758

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3298 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARATI Samedadi HARATI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2021

Nom et prénom du malade : Samedadi HARATI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

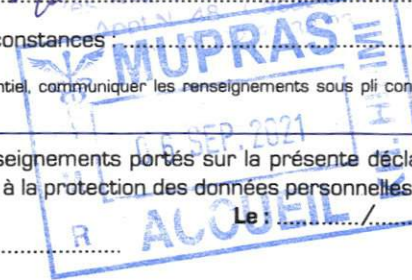
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
18/08/21			200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/21	240,70

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
		AM	PC	IM	IV	
	26/08/21					2000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

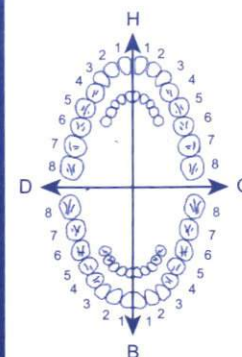
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(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

Dr. CHAMI Abdelkamel
Maladies et Chirurgie des Yeux

الدكتور عبد الكامل الشامي
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

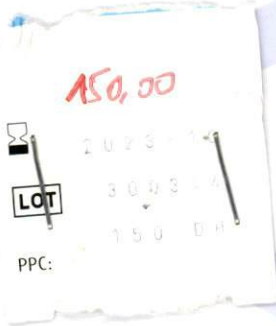
Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de Montpellier

أخصائي حاصل على دبلوم
من كلية الطب بمونبيلييه

ORDONNANCE

Casablanca le : 25 08 21

avec Surface Halcine
W avec V un cornet
OD = (80 - 1,51 - 0,78
RA = (100 - 1,51 - 1,25



50,70
- l'ap @ labellé 70
150,00
- l'ap @ labellé 70
240,70

ESPACE OPTIQUE
Opticien Optométriste
63 Bd. Moudjahid
CASABLANCA



Dr. A. H. Abdelkamel
Spécialiste de Chirurgie des Yeux
Riad Oulfa GR 14 Entrée 4
Appt N° 48 Casablanca
Tel: 05 22 31 38 03

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

OPATANOL® 1 mg/ml Collyre en solution.

Olopatadine
Flacon de 5 ml

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez-les à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si les symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif, même si les symptômes sont les mêmes.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien.



Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS

407253 MA

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **OPATANOL** et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **OPATANOL** ?
- 3- Comment utiliser **OPATANOL** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **OPATANOL** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1-

QU'EST-CE QUE OPATANOL ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

OPATANOL est utilisé pour le traitement des signes et symptômes des conjonctivites allergiques saisonnières.

Conjonctivite allergique. Des agents (allergènes) comme les pollens, la poussière de maison ou les poils d'animaux peuvent être à l'origine de réactions

allergiques se manifestant par des démangeaisons, des rougeurs et des gonflements de la surface de votre oeil.

OPATANOL est un médicament pour le traitement des états allergiques oculaires. Il agit en réduisant l'intensité de la réaction allergique.

2-

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER OPATANOL ?

ESPACE OPTIQUE

Bd Moudi bokeita, Bloc J N°83

Casa- Tél: 05 95 78 63 24

FACTURE N° : 0050011/2021

Casablanca, le : 26/ 08 / 2021

Mr/Mme/Mlle :**Soudadi Habiba**

N° de Nomenclature :
Docteur :**Abdelkamel chami**

Monture :Optique	800...,00.....
Verres VL :Organique Antireflet	
OD : -0.75(-1.50à80°)	...600..., 00.....
OG : -1.25(-1.50à100°)	...600...,00.....
Verres VP :	
OD :	
OG :	
TOTAL :	...2000,00.....

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE dirham**

.....

RC: 377480 ICE: 0008056000089 IF: 40178251 INP: 001819152 Patente: 36616616