

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Thérapeutique :

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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S.059 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELHAJ Abderrahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :



Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELHAJ Abderrahim 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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0033162

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

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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	Coefficient des travaux
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Date du devis</b>
					<b>Fin de</b>

**O.D.F.**  
**Prothèses dentaires**

Détermination du coefficient masticatoire	
	<b>H</b>
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	



W18-396844

DATE DE DEPOT

09/05/2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 5059														
Nom & Prénom : <b>BELLAS ZBderrahim.</b>																
Fonction : <b>Retraite</b>   Phones. <b>0671802577</b>																
Mail <b>BellazBderrahim@gmail.com</b>																
<b>MEDECIN</b>   Prénom du patient ..... <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age ..... Date ..... Nature de la maladie <span style="float: right;">Date 1ère visite</span>																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires											
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
<b>PHARMACIE</b>   Date ..... <b>6565</b> Montant de la facture																
<i>pharmacie l'Ermitage Avenue l'Ermitage Casablanca Case 022.56.04.75 Fax: 022.56.04.75</i>																
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>   Date : ..... Désignation des Coefficients   Montant détaillé des Honoraires																
<b>UXILIAIRES MEDICAUX</b>   Date : ..... <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

10 SEP 2013  
ACC

Professeur ZADNASS Abdallah  
Ophtalmologist

Ex. Enseignant au Chu Ibn Rochd - Casablanca  
Ancien Resident de Chu de Nantes - France  
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification  
Chirurgie de la Myopie - Chirurgie du Glaucome  
Pathologie Retinienne  
Angiographie - Laser Retinien

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد. الدار البيضاء  
جراحة وأمراض العيون  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت. فرنسا  
جراحة المياه البيضاء، بالأشعة الصوتية  
أمراض الشبكية. تصوير الأوعية. العلاج بالليزر  
أمراض الشبكية. تصوير الأوعية. العلاج بالليزر  
جراحة وتصحيح النظر بالليزر

BELLAJ Abderrahim

164.20 x 4

- COSOPT COLLYRE (Timolol+Dorzolamide)

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux,

- TRAITEMENT A NE PAS ARRETER

6 (6,8)

Professeur ZADNASS Abdallah  
Ophtalmologist  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi  
Télé: 05 28 84 83 00 - Fax: 05 28 84 43 78  
E-mail : cabinet.zadnass@menara.ma

Pharmacie l'Ermitage  
36, Avenue l'Ermitage - Casablanca  
022.86.19.24-Fax: 022.86.01.75

جفاف/جاف/جاف  
Dorzolamide/Timolol  
Collyre en solution  
collyre en solution  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20  
جاف/جاف/جاف/جاف  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20

**Cosopt®**

LOT R027278 1  
EXP 06 2020  
PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd - Australie  
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chil  
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand  
Cedex 9, 63963 - France

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



جفاف/جاف/جاف  
Dorzolamide/Timolol  
Collyre en solution  
collyre en solution  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20  
جاف/جاف/جاف/جاف  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20

**Cosopt®**

LOT R031131  
EXP 08 2020  
PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd - Australie  
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chil  
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand  
Cedex 9, 63963 - France

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



جفاف/جاف/جاف  
Dorzolamide/Timolol  
Collyre en solution  
collyre en solution  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20  
جاف/جاف/جاف/جاف  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20

**Cosopt®**

LOT R031131 1  
EXP 08 2020  
PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd - Australie  
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chil  
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand  
Cedex 9, 63963 - France

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



جفاف/جاف/جاف  
Dorzolamide/Timolol  
Collyre en solution  
collyre en solution  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20  
جاف/جاف/جاف/جاف  
20 mg/ml + 5 mg/ml 20

**Cosopt®**

LOT R007170 2  
EXP 12 2019  
PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd - Australie  
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chil  
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand  
Cedex 9, 63963 - France

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Opital El Fida 1er Etage  
Tel : 05 22 83 23 32 / 05 22 83 160 83  
Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. : BELLAJ ABDERRAHMANE

Présente 6/au cours de l'année et nécessitant un traitement d'une durée de :

à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Professeur ZADNASS Abdallah

Ophtalmologiste

Ex. Enseignant au Chu Ibn Rochd - Casablanca  
Ancien Resident de Chu de Nantes - France  
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification  
Chirurgie de la Myopie - Chirurgie du Glaucome  
Pathologie Retinienne  
Angiographie - Laser Retinien

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد. الدار البيضاء  
جراحة وأمراض العيون  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت. فرنسا  
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية  
أمراض الشبكية. تصوير الأوعية. العلاج بالليزر  
جراحة وتصحيح النظر بالليزر

## RAPPORT MEDICAL

MR **BELLAJ ABDERRAHIM** présente une maladie

Chronique où l'occurrence un glaucome chronique à angle ouvert

Au niveau des deux yeux .il est sous **COSOPT** à vie.

Certificat délivré à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Professeur ZADNASS Abdallah.  
Ophtalmologiste  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi  
T. 05 28 84 83 00 - Agadir  
Fax : 05 28 84 43 78  
E-mail : cabinet.zadnass@menara.ma