

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-482356

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKRAN ABDELNAJID

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : LOT CAIROUNE NR 469

CASABLANCA

Tél. : 0522932094 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/10/2019

Nom et prénom du malade : AKRAN ABDELNAJID Age :

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

Nature de la maladie : Consultation

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASA Le : 05/11/2019

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
30/10/18	SS		300 Dh	INP: 090061862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BENHADIA KARIM Pharmacie Dar Assalam 32 Opéra Casablanca Oujda Tél: 05 22 93 22 31	30/10/18	179,50

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	
	04/09					18

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] []	
				CCEFFICIENT 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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 30/10/2019

Hospital Universitare International Cherkashina
Dr. BAIJONG Saito
Medicine
Nr. Abram Abdumajid
0908167

90,70

2) Opatanol collige.

2.500 x 215 pdt @ 2 mos

44. 40x2

2) CePhuVirac

1 goutte x 315 pelt 03 mois

7967

ma's

Dr BENHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Oued Bou Assalam
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 22 31

Hospital Universiti Sains Islam Kuala Lumpur
Dr. Ruzhan Salma
Medicine Resident
Klinik Obstetrik & Ginekologi



640011002

NOTICE :
INFORMATION DE L'UTILISATEUR



CELLUVISC®

**4 mg/0,4 ml, collyre en récipient
Carmellose sodique**

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser
importantes pour votre traitement.**

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de co
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consom
- Si vous remarquez des effets indésirables non ment
des effets mentionnés comme étant grave, veuillez e

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en
UTILISE ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE
collyre en récipient unidose ?
 3. COMMENT UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, colly
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUEL
 5. COMMENT CONSERVER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, c
 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
-
1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, colly
 - CAS EST-IL UTILISE ?

SUBSTITUT LACRYMAL

Ce médicament est utilisé pour soulager les signes d'irritati
insuffisance de larmes).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE
mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?

N'utilisez jamais CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la carmellose sodique ou à l'un des autres composants contenus
dans CELLUVISC.

Faites attention avec CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :

En cas de persistance des symptômes, **CONSULTEZ UN OPHTALMOLOGISTE** afin qu'il adapte votre
traitement.

Ce collyre est présenté en unidose à usage unique et ne contient pas de conservateur. Il existe donc un risque
de rapide contamination bactérienne.

Evitez de toucher l'œil ou toute autre surface avec l'embout de l'unidose.

L'unidose doit être jetée immédiatement après usage et ne doit pas être réutilisée.

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose



PPV:44DH40

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40



Laboratoires Soothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

Il existe une

407252

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

30/10/2019

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Dr. BAJOUK Salma
 Médecin résident
 Ophtalmologie
Akram Abdoumajid

 340063552

Monture + Verres correcteurs pour :


→ vision de loin

OD : - 0,25 (- 0,50 à 55°)

OG : + 0,50 (- 0,50 à 40°)

→ vision de près

Add : + 3,50 en ODG.


 Akram Abdoumajid
 Médecin résident
 Ophtalmologie

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Dr. BAJOUK Salma
 Médecin résident
 Ophtalmologie

 340063552

OPTIQUE RHOUNAÏM

119 Bis Av. Reda Gudira
Djamâa - Casablanca
Tél. : 05 22 59 63 27



نظارات غونايم

119 مكرر شارع رضى اكديرة
(النيل سابقا) قرية الجماعة - البيضاء
الهاتف: 05 22 59 63 27

N° 009065

Client :

AKLAM ABDEL MAJID

Date :

04-11-2013

Docteur :

Nomenclature N :

122-123

VL. OD : cyl sph

-0.11 - 1.5 - 0.11

OG : cyl sph

-0.11 - 1.0 - 0.11

VP. OD : cyl sph

AD + 3.11

OG : cyl sph

AD + 3.11

Verres :

1.4, 1.6, 1.8, 1.6 : 2500cm

Monture :

PLASTIC 1000cm

TOTAL :

3100L

Optique RHOUNAÏM
شارع رضى اكديرة (التيه سابقا)
قرية الجماعة - البيضاء

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 134 040 / 2019 du 30/10/2019

Nom patient : **AKRAM ABDELMAJID**

Entrée 30/10/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 30/10/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 28 54
 E-mail: info@hkhz.com
 N° INP 090061862