

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-540629

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3202

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUZIAD Fatima

Date de naissance : 19/05/1955

Adresse : 792 Bloc 16 Hay Hassani

Tél. : 0661 163252

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2020

Nom et prénom du malade : OUZIAD FATIMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : connectivité

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
10/06/2020			2000	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/6/20	1061,2

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
				MONTANTS DES SOINS [ ]																
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																
				FIN D'EXECUTION [ ]																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		H																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D		G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION



**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوقسيم مليكة**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
اللايزر....

Casa le : **10 Juin 2020**

**Mme OUZIAD Fatima**

213.00 41  
1/ XALACOM: COLLYRE

1 goutte par jour le matin à 9h, les deux yeux, 6 Mois

2/ LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux

1061.00

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TTR Abdelaziz  
68, Rue Mly Thami - Hm Hassan  
Tél: 022 9021.67 - CASA

DR. BOUKSIM M.  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 - 2ème étage  
Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 91 41 11

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

**XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**  
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement  
car elle contient des informations importantes.  
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

• Si vous avez des questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.  
• Ce médicament est un médicament à usage externe.

Quel

1.0

di

2.0

3.0

4.0

5.0

6.0

7.0

8.0

9.0

10.0

11.0

12.0

13.0

14.0

15.0

16.0

17.0

18.0

19.0

20.0

21.0

22.0

23.0

24.0

25.0

26.0

27.0

28.0

29.0

30.0

31.0

32.0

33.0

34.0

35.0

36.0

37.0

38.0

39.0

40.0

41.0

42.0

43.0

44.0

45.0

46.0

47.0

48.0

49.0

50.0

51.0

52.0

53.0

54.0

55.0

56.0

57.0

58.0

59.0

60.0

61.0

62.0

63.0

64.0

65.0

66.0

67.0

68.0

69.0

70.0

71.0

72.0

73.0

74.0

75.0

76.0

77.0

78.0

79.0

80.0

81.0

82.0

83.0

84.0

85.0

86.0

87.0

88.0

89.0

90.0

91.0

92.0

93.0

94.0

95.0

96.0

97.0

98.0

99.0

100.0

101.0

102.0

103.0

104.0

105.0

106.0

107.0

108.0

109.0

110.0

111.0

112.0

113.0

114.0

115.0

116.0

117.0

118.0

119.0

120.0

121.0

122.0

123.0

124.0

125.0

126.0

127.0

128.0

129.0

130.0

131.0

132.0

133.0

134.0

135.0

136.0

137.0

138.0

139.0

140.0

141.0

142.0

143.0

144.0

145.0

146.0

147.0

148.0

149.0

150.0

151.0

152.0

153.0

154.0

155.0

156.0

157.0

158.0

159.0

160.0

161.0

162.0

163.0

164.0

165.0

166.0

167.0

168.0

169.0

170.0

171.0

172.0

173.0

174.0

175.0

176.0

177.0

178.0

179.0

180.0

181.0

182.0

183.0

184.0

185.0

186.0

187.0

188.0

189.0

190.0

191.0

192.0

193.0

194.0

195.0

196.0

197.0

198.0

199.0

200.0

201.0

202.0

203.0

204.0

205.0

206.0

207.0

208.0

209.0

210.0

211.0

212.0

213.0

214.0

215.0

216.0

217.0

218.0

219.0

220.0

221.0

222.0

223.0

224.0

225.0

226.0

227.0

228.0

229.0

230.0

231.0

232.0

233.0

234.0

235.0

236.0

237.0

238.0

239.0

240.0

241.0

242.0

243.0

244.0

245.0

246.0

247.0

248.0

249.0

250.0

251.0

252.0

253.0

254.0

255.0

256.0

257.0

258.0

259.0

260.0

261.0

262.0

263.0

264.0

265.0

266.0

267.0

268.0

269.0

270.0

271.0

272.0

273.0

274.0

275.0

276.0

277.0

278.0

279.0

280.0

281.0

282.0

283.0

284.0

285.0

286.0

287.0

288.0

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

**XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**  
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement  
car elle contient des informations importantes.  
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

• Si vous avez des questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.  
• Ce médicament est un médicament à usage externe.

Quel

1.0

2.0

3.0

4.0

5.0

6.0



المكونات: لانتانوبروست  
( 50 ميكروغرام/مل) وتيمولول  
( 5.00 مغ/مل) في صورة مائيات إيمولول.  
المكونات الأخرى: كلوريد البنزالكونيوم.  
اقرأ النشرة قبل الاستخدام.  
احتفظ بهذا الدواء بعيداً عن مرآة ومتناول  
الأطفال.

**Xalacom**<sup>®</sup>

50 microgrammes/ml  
+5mg/ml  
Latanoprost/Timolol

**Respecter les doses  
prescrites  
Ne pas avaler**  
احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance Liste I



يخزن قبل الفتح في التلاجة (بين 2 و 8 درجات  
مئوية). بعد الفتح الأول، مريض ينبغي تخزين القينة  
في درجة حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية وأن  
تستخدم خلال 4 أسابيع. لم يخزن القينة في  
الصورة الكرتونية الخارجية بعيداً عن الضوء.  
حامل ترخيص طرح المنتج في السوق:  
مختبرات فايزر ش.م.  
93.5 كم. طريق الواديبة  
الجديدة، المغرب

Collyre en solution  
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين  
قنينة سعة 2.5 مل



Lot/Exp.:

CW2552  
Y00868  
10/2020  
PPV 2130H00

7. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

**XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**  
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement  
car elle contient des informations importantes.  
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

• Si vous avez des questions, demandez conseil à votre pharmacien.  
• Ce médicament est un médicament de prescription.

Quel

1.0

di

2.0

3.0

4.0

5.0

Quels sont

المكونات: لانتانوبروست  
( 50 ميكروغرام/مل) وتيمولول  
( 5.00 مغ/مل) في صورة مائيات ليمولول.  
المكونات الأخرى: كلوريد البنزالكونيوم.  
اقرأ النشرة قبل الاستخدام.  
احتفظ بهذا الدواء بعيداً عن مرآة ومتناول  
الأطفال.

**Pfizer**

**Xalacom**<sup>®</sup>

50 microgrammes/ml  
+5mg/ml  
Latanoprost/Timolol

**Respecter les doses  
prescrites  
Ne pas avaler**  
احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance Liste I



يخزن قبل الفتح في التلاجة (بين 2 و 8 درجات  
مئوية). بعد الفتح الأول، مريض ينبغي تخزين القينة  
في درجة حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية وأن  
تستخدم خلال 4 أسابيع. لم يخزن القينة في  
الصورة الكرتونية الخارجية بعيداً عن الضوء.  
حامل ترخيص طرح المنتج في السوق:  
مختبرات فايزر ش.م.  
93.5 كم، طريق الواديبة  
الجديدة، المغرب

Collyre en solution  
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين  
قنينة سعة 2.5 مل



Lot/Exp.:

CW2552  
Y00868  
10/2020  
PPV 2130H00

7. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

**XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**  
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement  
car elle contient des informations importantes.  
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la lire à tout moment.

• Si vous avez des questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

• Ce médicament est un médicament à usage externe.



**Xalacom**<sup>®</sup>

50 microgrammes/ml  
+5mg/ml  
Latanoprost/Timolol

**Respecter les doses prescrites**  
**Ne pas avaler**  
احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance Liste I



يخزن قبل الفتح في التلاجة (بين 2 و 8 درجات مئوية). بعد الفتح الأول، مريض ينبغي تخزين القينة في درجة حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية وأن تستخدم خلال 4 أسابيع. لم يخزن القينة في العبوة الكرتونية الخارجية بعيداً عن الضوء. حامل ترخيص طرح المنتج في السوق: مختبرات فايزر ش.م.م. 635 كم. طريق الوادي الجديدة الجديدة. المغرب

Collyre en solution  
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين  
قنينة سعة 2.5 مل



Lot/Exp.:

CW2552  
Y00868  
10/2020  
PPV 2130H00

Quelques  
1.0  
2.0  
3.0  
4.0

7. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

**XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**  
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement  
car elle contient des informations importantes.  
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la lire à tout moment.

• Si vous avez des questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

• Ce médicament est un médicament à usage externe.



**Xalacom**<sup>®</sup>

50 microgrammes/ml  
+5mg/ml  
Latanoprost/Timolol

**Respecter les doses prescrites**  
**Ne pas avaler**  
احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance Liste I



يخزن قبل الفتح في التلاجة (بين 2 و 8 درجات مئوية). بعد الفتح الأول، مريض ينبغي تخزين القينة في درجة حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية وأن تستخدم خلال 4 أسابيع. لم يخزن القينة في العبوة الكرتونية الخارجية بعيداً عن الضوء. حامل ترخيص طرح المنتج في السوق: مختبرات فايزر ش.م.م. 635 كم. طريق الوادي الجديدة الجديدة. المغرب

Collyre en solution  
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين  
قنينة سعة 2.5 مل



Lot/Exp.:

CW2552  
Y00868  
10/2020  
PPV 2130H00

Quelques  
1.0  
2.0  
3.0  
4.0

7. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?