

## 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.

### **Pathologie 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.

### **Éducation :**

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



## **Déclaration de Maladie**

N° W19-520130

MD = 30175

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BELCAZ

ABDELLAHIM

Date de naissance :

29/12/1976

Adresse :

20 Rue le Yssire Rsd Chifag  
Nes Sultan case 118058

Tél. : 0671802577

Total des frais engagés : 118058

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie  
Chronique

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BELCAZ ABDELLAHIM

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

gland come à angle ouvert

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : 24/6/2020 Le : 24/6/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Natures des Actes		INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Yves Etmitage 99185965 24-Rue 024.60.01.75	24/6/2022	1284,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Doratoire 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

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

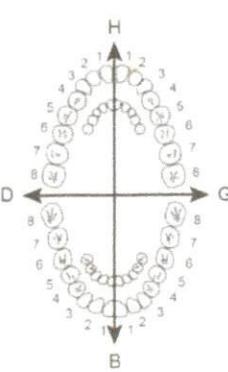
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que les résultats de l'IRM.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	<b>00000000 00000000</b>
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA



**valable 3 mois**

Le 24.06.2020

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : BELLAZ ABDERRAHIM

Présente

Slau come chronique à angle ouvert

Nécessitant un traitement d'une durée de :

cosopt collyre

+ XLATAN collyre

à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Professeur ZADNAS Abdallah

Ophthalmologue

Ex . Enseignant au CHU Ibn Rochd CASABLANCA  
Ancien résident de l'HU de Nantes - France  
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification  
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne  
Angiographie , laser rétinien , OCT  
Chirurgie vitreo - rétinienne

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 الشبكية

24/06/2020

BELLAJ Abderrahim

- COSOPT COLLYRE (Timolol+Dorzolamide) fl

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

- XALATAN (Latanoprost)COLLYRE à 0,005% fl

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux,

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER

Professeur ZADNAS Abdallah  
Ophthalmologiste  
Imm. Marhaba, Bd. Cheikh Saâdi  
Talborjt - AGADIR  
Tél: 0528822221 Fax: 0528844378

عمراء مربجا، زاوية شارع الشيخ السعدي (مقابل ERAC SUD) تالبرجت - أكادير - الهاتف : 05 28 84 43 78 | 05 28 84 30 00 - الفاكس : 05 28 84 43 78  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 30 00 | 05 28 82 22 21 - Fax : 05 28 84 43 78  
E-mail : zadcabinet@gmail.com

## PHARMACIE L'ERMITAGE

48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA

05 22 86 19 24, IF:42105620

Tél : 210696

Patente : 36366490, ICE:001634422000077

### Facture N° 35 892 Du 24/juin/2020

Client : BELLAJ ABDERRAHIM

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	COSOPT	4	164.20	656.80
CL	XALATAN	4	157.00	628.00
2	<b>Total</b>	8		<b>1 284.80</b>

1 284.80

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-QUATRE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CENTIMES

Pharmacie l'Ermitage  
48, Avenue l'Ermitage - Casa  
Tél: 022.86.19.24 - Fax: 022.66.01.75



LOT S029887 1

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml  
ملغ/ملل + 5 ملغ/ملل 20

collyre en solution

Dorzolamide/  
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين  
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبتلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة A)





LOT 5029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml  
5 ملخ/ممل 20

**collyre en solution**  
**Dorzolamide/**  
**Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين  
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 مل

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Ne pas injecter, Ne pas avaler  
يجب إحترام الجرعات الموصوفة  
يجب إحتراز الجرعات الموصوفة  
لا يحقن، لا يبتاع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)  
يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (الانحة I)





LOT 5029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml  
5 ملخ/ممل 20

**collyre en solution**  
**Dorzolamide/**  
**Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين  
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 مل

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Ne pas injecter, Ne pas avaler  
يجب إحترام الجرعات الموصوفة  
يجب إحتراز الجرعات الموصوفة  
لا يحقن، لا يبتاع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)  
يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (الانحة I)





LOT 5029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml  
5 ملخ/ممل 20

**collyre en solution**  
**Dorzolamide/**  
**Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين  
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 مل

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Ne pas injecter, Ne pas avaler**

**يجب إحترام الجرعات الموصوفة**

**لا يحقن، لا يبفع**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (الانحة I)



Pfizer

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon  
de 2.5 ml

Pfizer

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon  
de 2.5 ml

Pfizer

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon  
de 2.5 ml

LOT/MFG./EXP.:  
CH2895  
Y45035  
04/2019  
03/2022

Pfizer

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon  
de 2.5 ml