

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 Mala

N° W19-520130

MD = 30175

☐ Maladie ☐ Dentaire

☒ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELCAZ ABDERRAHIM

Date de naissance : 29/12/1976

Adresse : 20 Rue de l'Ysère Rsd Chifas

Tél. : 0671802577 Total des frais engagés : 1284,8

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie chronique

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELCAZ ABDERRAHIM

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : glaucome 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Fait à : 24/6/2020 Le : 24/6/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie l'Ermitage</i> 18 Avenue l'Ermitage - Cas Tel: 022.86.18.24 Fax: 022.86.01.75	24/5/22	1284,80

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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

VOLET ADHERENT

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : BELLAH ABDERRAHIM

Présente Glaucome chronique à angle ouvert

Nécessitant un traitement d'une durée de : cosopt collyr.

+ XLATAN collyr à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Professeur ZADNAS Abdallah
Ophtalmologue

Ex. Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA
Ancien résident de CHU 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
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saâdi
Talborjt - AGADIR
Tél: 0528822221 Fax: 0528844378

عمارة مرجب، زاوية شارع الشيخ السعدي (مقابل ERAC SUD) تالبرجت - أكادير - الهاتف : 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 | الفاكس : 05 28 84 43 78
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 83 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	Total	8		1 284.80

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. 022.86.01.75

LOT S029887 1

EXP 06 2021

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 Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



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

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل



كوزوبت[®]
Cosopt[®]

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

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

collyre en solution
**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

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 Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



كوزوبت[®]
Cosopt[®]

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

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

collyre en solution
**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

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 Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



كوزوبت[®]
Cosopt[®]

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

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

collyre en solution
**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

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 Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



Pfizer

XalatanTM
0.005 %
LATANOPROST

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

Flacon
de 2.5 ml

Pfizer

XalatanTM
0.005 %
LATANOPROST

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

Flacon
de 2.5 ml

Pfizer

XalatanTM
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

XalatanTM
0.005 %
LATANOPROST

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

Flacon
de 2.5 ml