

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 053464

ND 4185

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 11811

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ASMA KITOUL AYD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 18 20 07 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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) : .....

Le : ..... / .....

73 SEP. 2020

# 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 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

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.



## Declaration de Maladie

N° W19-50111

### Maladie

### Dentaire

### Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AOUINI KHALOUD

Date de naissance : 01-10-1977

Adresse : 126 Rue Leonard Divrey n°8 Res

Leonard Divrey

Tél. : 0661182007 Total des frais engagés : .....

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfan

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'at: 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-501114

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 : .....

## RELEVE 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
11/12/2015	Consultation	1	300.00 DH	INP : 080806789 ZAFAD Médecin : Dr Mansour Spécialité : Radiologue Lieu : Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
WIDAD'S PHARMACIE Lot: M'Zouka N°27 Avenue Habib Sinaceur Casablanca - Anfa Tél: 0522.94.20.29	11/08/2020	219,70
	11/08/2020	219,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Tél. 0522 25 10 07	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**CLINIQUE AL MADINA**

Centre d'Ophtalmologie

**Docteur Lahcen ZAFAD**

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et

des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières

et des Voies Lacrymales



**مصحة المدينة**

مركز أمراض وجراحة العيون

**الدكتور لحسن زفاص**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

## ORDONNANCE

11 août 2020

Mme EL AOUNI Khouloud

129,00

1/ OZODROP COLLYRE



129,00



1 goutte 4 fois par jour pdt 02 mois, dans les deux yeux

90,70

2/ OPATANOL COLLYRE



90,70

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

219,70

**PHARMACIE WATO**

153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 16 07

219,70

**WIDAD'S PHARMACIE**

Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib

Sinaceur Casablanca - Anfa

Tél: 0522.94.20.29

Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers

# Opatanol®

1 mg/mL,  
collyre  
en solution

Olopatadine

1 mL de solution  
contient 1 mg  
d'olopatadine  
(sous forme de  
chlorhydrate).

1 x 5 mL

Alcon®

18

Opatanol®

1 mg/mL, collyre en solution  
Lot: 9KJ1, A  
Exp: 08/2022

Représentant local:  
Laboratoires Alcon

France  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice



3400935989727

© 2010, 2014 Novartis  
Médicament autorisé n° 3400935989727



Opatanol 0,1% collyre, 5 mL  
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP  
PPV: 90,70 DHS  
407252

6 118001 070442  
Laboratoires Sothema Bouskoura





0 4  
0 2  
2 0  
6 8  
N 6  
9 6  
E xp :  
10/

1 mg/  
collyre en  
solution  
Opata  
nol

A-80  
889380

Représentant local:  
Laboratoires Alcon

Voie oculaire.  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants.

Medicament soumis à  
prescription médicale.

Jetier 4 semaines après la  
première ouverture.

Ouvert le :

1 mL de solution  
contient 1 mg  
d'olopatadine  
(sous forme de  
chlorhydrate).

1 x 5 mL

Alcon Laboratories (UK) Ltd.  
Frimley Business Park  
Frimley, Camberley  
Surrey, GU16 7SR,  
Royaume Uni  
EU/1/02/217/001



**OZODROP®**

SOLUTION OPHTALMIQUE  
Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®

STERILE A

CE

0051



**FBVISION**

Ophthalmic Pharmaceuticals  
Via Piceno, Aprutina 47 - Ascoli Piceno

fb-vision.it

**OPTOMED**

10, Rue de liberté apprt 6  
Casablanca - Maroc

**OZODROP®**

8 ml

SOLUTION OPHTALMIQUE  
Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®

**OZODROP®**

SOLUTION OPHTALMIQUE  
Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®



Indications, posologie,  
mises en garde:  
lire la notice.



**FBVISION**

**OZODROP**

P.P.C : 129Dh

A383

Rev. 28/08/2018

LOT



F.to OM/01

-17

**OZODROP®**

SOLUTION OPHTALMIQUE  
Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®

STERILE A

CE

0051



**FBVISION**

Ophthalmic Pharmaceuticals  
Via Piceno, Aprutina 47 - Ascoli Piceno

fb-vision.it

**OPTOMED**

10, Rue de liberté apprt 6  
Casablanca - Maroc

**OZODROP®**

8 ml

SOLUTION OPHTALMIQUE  
Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®

**OZODROP®**

SOLUTION OPHTALMIQUE  
Lubrifiante et protectrice

avec LipozonEye®



Indications, posologie,  
mises en garde:  
lire la notice.



**FBVISION**

**OZODROP**

P.P.C : 129Dh

A383

Rev. 28/08/2018

LOT



F.to OM/01

-17