

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038264

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1586

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELYASMINE Abdallah

Date de naissance : 11/02/1952

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA 66  
VILLE VERTE

Tél. : 06 65034436 Total des frais engagés : 838 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 OCT 2020

Nom et prénom du malade : BEL YASMINE

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 : CASA

Le : 13/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

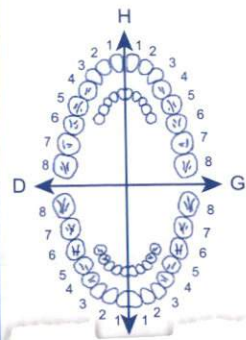


[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION



**Fabricant**  
FARMILIA THEA FARMACEUTICI S.p.A.  
Via E. Fermi, 50  
20019 SESTIMO MILANESE (MI)  
ITALIE

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

6 118001 120958

Hydratation  
Intense et  
Durable

Sans conservateur  
Sans phosphates

10 ml      Gouttes oculaires

PPC: 135,00

E01 20

02 / 2023

**CICLOVIRAL<sup>®</sup> 200 mg**  
Aciclovir

## Voie orale

25 **Comprim**

LOT 19N03  
EXP 11/22  
PPV 97DH5

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,

chirurgie réfractive et Lasers de

l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire

de l'université François Rabelais, Tours

Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides

Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**

القدس كاليفورنيا

**الدكتورة حنان مزوز**

أخصائية في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو

العدسات الصلبة واللينية

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le mercredi 7 octobre 2020

**Monsieur BELYASMINE Abdallah**

صيدلية المدينة الخضراء  
PHARMACIE GREENTOWN  
Dr. M. AZENAR  
Centre Commercial Casa Green Town  
Ville Verte - Boukhajouj - Tél: +212 520 5263 59

97,50  
- ZOVIRAX ou CICLOVIRAL 200  
1 comprimé 5 fois par jour 7 jours

89,00 dans l'oeil droit

PHYLARM : à utiliser refroidi

Lavage oculaire le matin à midi le soir 10 jours

140,00  
- VIRGAN Gel 2 Tubes

1 goutte 5 fois par jour 7 jours

Puis 1 goutte 3 fois par jour 7 jours

135,00  
- EOL DUAL collyre 1 goutte 5 fois par jour 1 mois.

61,00  
- Gel Larmes 1 tubes 1 goutte le soir

26,40  
- Tobrex collyre

1 goutte 4 fois par jour 7 jours

Hanane MAZZOUZ  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bd Al Qods - Casablanca  
Tél: 0 522 522 526

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthlommazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421



LOT 201192 1

EXP 04 2023

PPV 26 40

26,40



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION



NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance



26,40

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
**Alcon®**

TOBREX® 0,3 %  
Collyre 5 ml

 Remboursable AMO



6 118000 020417

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine

**Alcon®**

Solution stérile pour usage oculaire

# Phylarm

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS



16 unidades de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**