

# 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.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060834

ND: 524 24

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1187 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALEK RACHIDA

Date de naissance :

Adresse : 09, Rue ELARSA (AM) CASA

Tél. : 0618852388 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/10/2017

Nom et prénom du malade : Salek Rachida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Douloureuse

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
19/10/2019	Cat Retino		6000	



## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL CROISSANT 3, Bd Souf Jdd Casablanca Tel.: 0522 22 02 07	19/10/2019	106,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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> <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		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																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

### Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte  
par Pharcoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

### الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

19 octobre 2020

SALEK Rachida

86, ✓  
HYE COLLYRE



1 goutte 4x par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

21, ✓  
CORRECTOL



1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

PHARMACIE DU CROISSANT  
3, Bd Sour Jdid Casablanca  
Tél.: 0522 22 02 61

PHARMACIE DU CROISSANT  
3, Bd Sour Jdid Casablanca  
Tél.: 0522 22 02 61

PPC 86,00 DH

LOT

1.  
a)

b)  
lr

E

de sodium, eau purifiée

c) **FORME PHARMACEUTIQUE**

Collyre, flacon compte-gouttes de 10 ml

d) **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**

AUTRES MEDICAMENTS OPHTHALMOLOGIQUES

(S : Organes sensoriels)

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Traitement d'appoint des troubles de la vision binoculaire, en complément de la rééducation.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

(CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans la situation

- Antécédents d'allergie à l'un des constituants du collyre.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### b) **MISES EN GARDE SPECIALES**

Ne pas injecter, ne pas avaler.

### c) **PRECAUTIONS D'EMPLOI**

En cas de traitement concomitant par un autre collyre, espacer de 15 minutes les instillations.

**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**



%, collyre

hydraté.....  
exidine, chlorure



20,00





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

**Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS**  
*Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles*

## Dr. Abderrahmane RAISS

*Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,  
Presbytie (Laser - Implant)*

**الدكتور الرايس عبد الرحمان**  
*اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة*

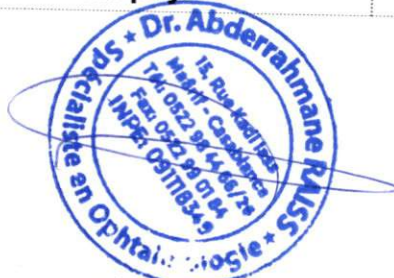
Casablanca, le .....

## Reçu de caisse N° : 281474976713991

fathia

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
AT99000006554 7	SALEK Rachida	19/10/2020

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	cs+retino	600,00
Reçu établi par :	Total payé	600,00





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
*Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles*

### Dr. Abderrahmane RAISS

*Chirurgie de la Cataracte  
par Phacoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)*

### الدكتور الرايس عبد الرحمان

*اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة*

19 octobre 2020

SALEK Rachida

PHOTO FO

PAS DE RETINOPATHIE DIABETIQUE