

# 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

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.

## 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- 058827  
54894

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1586 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BELYASMINE Abdallah  
Date de naissance : 11/02/1952  
Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA GG  
VILLE VERTE CASA-BUSKORA  
Tél. : 06 6503 4436 Total des frais engagés : 1016 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 09 DEC 2020  
Nom et prénom du malade : BELYASMINE Abdallah Age : 48  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Kénateb  
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 : CASABLANCA Le : 11/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible]

Client	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Fournisseur	8/12/20	16,40

Client	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Fournisseur	8/12/20	16,40

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

**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

**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

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

G

B

DETER

[Crée  
Fonctionnel, T

GEL-LARMES - Gel Opti, Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMIA  
41, rue Mohamed Dioun, Casablanca  
Pharmacie Responsable:  
Mme Amma DRAÏDI  
PPV : 41.00 DH

OT

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

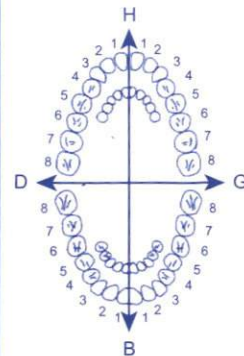
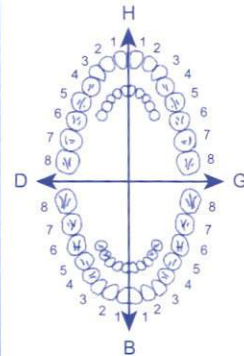
المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

المستعمل / صاحب نظر  
THEA تيا  
محضر 12 شارع يوسف بئر  
053017 كلير مونت فوراند سويس  
فرنسا

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



DETER

(Cré  
Fonctionnel.

12. Laboratoire d'Expérimentation  
 Délégué de la DE  
 LABORATOIRES THEA  
 12, rue Louis Blériot  
 63037 CLERMONT-FERRAND  
 FRANCE

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Opt. tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Elouadi, Casablanca  
Pharmacie Responsable:  
Mme Amma DMOUDI  
PPV : 41,00 DH



المفتوح  
في قاعة E قريه 50  
20019 - سبتو ميلانو (م)  
المدل

LOT 201863  
EXP 07 2023  
PPV 26 2023

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**  
e l. Uniquement sur ordonnance

PPC: 135,00  
E01 20  
02 / 2023

Hydratation  
Intense et  
Durable

Sans conservateur  
Sans phosphates

 Gouttes oculaires

10 ml

**Foile dual**  
Hyaluronate de sodium 0,2 %  
Hypermelliose 0,2 %  
Sècheresse oculaire  
modérée à sévère

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

TOBREX® 0,3 %  
Collyre 5 ml

(Remboursable AMI)


6 118000 020417

PPC: 135,00  
E01 20  
02/2023  
LOT  
101

modérée à sévère

Hydratation  
Intense et  
Durable

Sans conservateur  
Sans phosphates

 Gouttes oculaires

10 ml

**Eole** dual



**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**

القُدس كاليفورنيا

**الدكتورة حنان مزوز**

استشارية في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو

العدسات الصلبة واللينبة

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le mercredi 9 décembre 2020

Monsieur BELYASMINE Abdallah



VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH



VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

- ZOVIRAX 200 *ou Ciclorial 200*  
1 comprimé 5 fois par jour 7 jours  
Puis  
1 comprimé le matin le soir 15 jours

dans l'oeil droit

- PHYLARM : à utiliser refroidi  
Lavage oculaire le matin à midi le soir 10 jours.

- VIRGAN Gel 2 Tubes  
1 goutte 5 fois par jour 7 jours  
Puis 1 goutte 3 fois par jour 7 jours

- EOL DUAL 2 flacons  
1 goutte 5 fois par jour 1 mois.

- Gel Larmes 2 tubes 4 tubes 1 goutte le soir

- Tobrex collyre  
1 goutte 4 fois par jour 7 jours

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca  
E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421