

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## 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.

## 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 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 caractére 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

Nº M20- 0003707

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1689

Société :

55130

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El O FIR LATIF

Date de naissance : 28/10/151

Adresse : 12 RUE MAHMOUD TIMOUR (CATHALIA)

CASABLANCA

Tél. : 0660541604

Total des frais engagés :

407,63

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2021

Nom et prénom du malade :

El O FIR LATIF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection canalaire

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 : 15/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
29/12/2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/20	29.1.63
	29/12/20	M6, 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>PHARMACIE CAMELLIA</b> Mme. LEMSEFFER M'JURA Mourid 29 Rue Hassan Soultan	09.2.017.2017		

AUXILIAIRES MEDICAUX

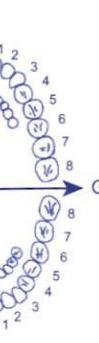
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca		AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		



# 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 الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر النظر بالليزر أو العدسة

Casablanca le : 29/12/2020

## SOINS POST- OPÉRATOIRES EL OFIR Latif

- 09/12/2020 • **1 boite PHYLARM** Se laver les paupières avec compresse stérile matin et soir.

- 20/12/2020 • **1 boites compresse stérile**

- 2x30/30 • **ICOMB** Collyre une goutte 5 fois par jour pendant une semaine puis une goutte 3 fois par jour pendant une semaine.  
Ce traitement doit être arrêté progressivement.

- 58/10 • **INDOCOLLYRE** 1 goutte 4 fois par jour pendant 2 mois.

- 19/10 • **DIAMOX 250 mg** 1 comprimé si douleur avec

- 24/10 • sirop potassium KCL 1 cuillère.

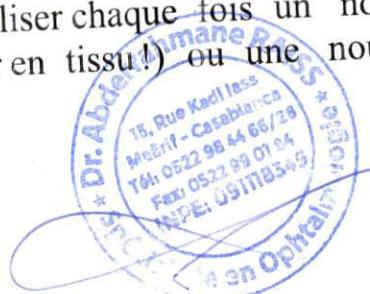
Ce traitement ne doit pas être arrêté sans avis médical



### PRECAUTIONS :

- ne pas frotter l'œil opéré.
- ne pas faire d'efforts excessifs.
- En cas de larmoiement vous devez utiliser chaque fois un nouveau mouchoir en papier (pas de mouchoir en tissu !) ou une nouvelle compresse stérile.

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.



PHYLARM® 10 mL boîte de 16



LOT 00502  
PER 2023-05

M0152 - 2017/6 - N° : 930103/01.

PPV 24DH60 EXP 06/2023  
LOT 04053 3

POTASSIUM  
LAPROPHAN®  
Sirop 125 ml



Sirop 125 ml

Diamox® 250mg  
24 Comprimés  
sécables



INDOCOLLYRE® 0,1%  
collyre en solution

INDOCOLLYRE® 0,1%  
collyre en solution

INDOCOLLYRE® 0,1%  
collyre en solution

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV: 65 00 DHS  
AMM N°155/19DMP/21/NRQDNM

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV: 65 00 DHS  
AMM N°155/19DMP/21/NRQDNM

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV: 65 00 DHS  
AMM N°155/19DMP/21/NRQDNM

أيكومب®  
Icomb®

Lot: 7B0092  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

PPV: 30 DH 30

12500798-05S

أيكومب®  
Icomb®

Lot: WMO102  
Fab: 11 19  
Exp: 11 21

PPV: 30 DH 30

12500798-05S