

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

N° M21- 0060666

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0009266 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DRISS ELMAATAOUI  
 Date de naissance : 01/08/12 53  
 Adresse : LOTONA ANR 21 DEROUA BERRECHID  
 Tél : 06 22 20 61 73 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 20/Dec/2022  
 Nom et prénom du malade : MARZAK KHADDOUG Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection chronique  
 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 : DEROUA Le : 31 / 01 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

**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



# 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
2022			201,000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

2012122

161,20

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

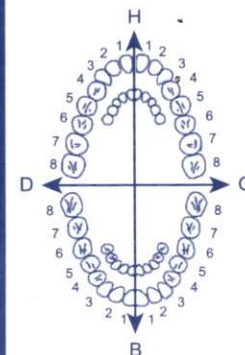
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

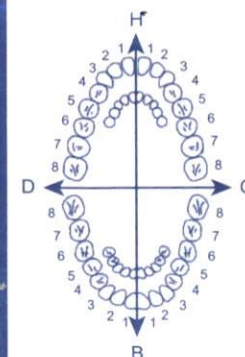
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
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

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -  
Lentilles de Contact



**الدكتورة رشا البقال**  
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

**ORDONNANCE**

20 décembre 2022

**Mme MARZAK KHADDOUJ**

Monture + verres correcteurs progressifs  
PHOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

VL : OD = + 0.50

OG = + 0.75 (- 0.25 à 115°)

VP : ODG = Add : + 2.50



Dr. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila, Makhoulouf - Tél: 05 22 36 20 20

## Relevé d'identité bancaire

### Identifiant national de compte bancaire

Code banque	Code ville	Préfixe	N° de Compte	Chiffres clés
021	780	0000	2290270550416	2

### RIB

021780000022902705504162

### Agence du client

CASA MEKDAD LAHRIZI

### BIC

CDMAMAMC

### Titulaire du compte

OUNJIF NADIF

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de virements ou de prélèvements sur votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards.





Le 22 décembre 2022

NADIF OPTIC  
124 AV MIK DAD LAHRIZI HAY EL HOUDA SEBATA  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**Identifiant adhérent : 0009266\_1953-07-01\_DRISS**  
**N/REF : 20223560019095**  
**Adhérent : EL MAATAOUI DRISS**



Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de KHADOUJ MERZAK.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2840.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1060.00 MAD

Validité de prise en charge : du 22-12-2022 au 22-03-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à KHADOUJ MERZAK.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Facture

001846/202

Le : 23/12/2022

Doit: MUPRAS (MARZAK KHADDOUJ N°9266)

## Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS PHTOCHROMIQUES ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+0.50	-	-	1 170.00
O-G :	+0.75	-0.25	115	1 170.00
Add.	+2.50			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE

500.00

## Vision de Prés:

Verres :

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :				0.00
O-G :				0.00

Monture:

0.00

Total : 2 840.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :  
Deux Mille Huit Cent Quarante Dirhams



Adhérent N° 9266  
EL Maataoui Driss

*[Signature]*

*[Signature]*

124, Av. Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca

Tél.: 0522382020 / 0666244242 E-mail: oundif@gmail.com

RC: 427582 Patente: 37488923 IF : 40265282 INPE : 095009924 ICE : 002128398000031



R.B. 021780 000022 90 2705504162

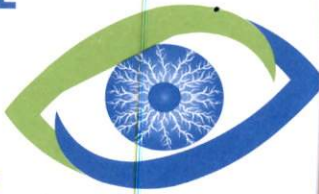
**Dr. RACHA ELBAKKAL**

Ophthalmologiste

Diplômée des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -  
Lentilles de Contact



**الدكتورة رشا البقال**  
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء  
جراحة المياه البيضاء [الجلالة]  
القرنية المخروطية  
تصحيح البصر بالليزر  
زراعة العدسات  
أمراض الشبكية

## ORDONNANCE

20 décembre 2022

Mme MARZAK KHADDOUJ

135,50  
EOLE DUAL C

1gtte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

26,40  
STERDEX POMMADE

1 application par jour, le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant  
10 jours

16497  
DR. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila, Makhoulouf N° 334  
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11





Ster

pommade ophtalmique en récipient

**STERDEX****pommade ophtalmique**

Dexaméthasone 0,267 mg /

Oxytétracycline 1,000 mg

PPV : 26,40 DH



Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri,

20 110 Casablanca

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI

d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.

pommade, une surveillance par l'ophtalmologiste est nécessaire.

la date prévue sans avis médical (risque de passage non négligeable du

Ver ce collyre au moins 15 minutes après l'application de la pommade

durant le traitement.

usage unique.

après usage et ne doit pas être conservée en vue d'une réutilisation.

**MANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.****de ophtalmique en récipient unidose****IS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER**

SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, notamment

des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (astémizole, bépéridil, érythromycine en injection

intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, terféndine, vincamine), des médicaments luttant

contre l'acné (les rétinoïdes) et également, en particulier, si vous êtes déjà traité par un autre collyre.

Informez votre médecin si vous utilisez du ritonavir ou du cobicistat, car cela peut augmenter la quantité de

dexaméthasone dans votre sang.

**Grossesse et allaitement**

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant le premier trimestre de la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

L'utilisation de ce médicament est contre-indiquée pendant les deuxième et troisième trimestres de votre grossesse.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant l'allaitement.

D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

**Sportifs**

Sportifs, attention, ce médicament contient un principe actif (dexaméthasone) pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors de contrôles antidopage.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines**

Possibilité de troubles de la vision liée à l'application de la pommade. Dans ce cas, il convient, pendant toute la durée des troubles, d'éviter de conduire des véhicules ou d'utiliser des machines.

En cas de gêne oculaire importante liée à l'inflammation/l'infection bactérienne de l'œil, il est recommandé d'attendre la fin des symptômes pour conduire un véhicule ou utiliser une machine.

**3. COMMENT UTILISER STERDEX pommade ophtalmique en récipient unidose ?****Posologie**

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 8 ANS.

1 à 3 applications par jour.

• Appliquer la pommade contenue dans la capsule dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'œil malade ou des yeux malades et éventuellement sur le bord de la paupière.

• Pour ce faire, après s'être préalablement lavé les mains, couper l'extrémité effilée de la capsule avec une paire de ciseaux propres et appuyer légèrement sur la capsule pour en extraire la pommade.

• Puis tirer la paupière vers le bas tout en regardant vers le haut et déposer la pommade entre la paupière et le globe oculaire.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS,

- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

**Mode et voie d'administration**

Voie ophtalmique. Ne pas avaler.

Se laver soigneusement les mains.

Cette pommade est présentée en capsule à usage unique.

La capsule doit être jetée immédiatement après usage et ne doit pas être conservée en vue d'une réutilisation.





# Eole dual

PPC: 135,00

LOT

E 0 2 2 2



0 7 / 2 0 2 5



stérile)Hyaluronate de sodium 0,2%; Hypromellose 0,2%; Eaux distillées: Vaccinium myrtillus(myrtille), Rosa canina (églantier)- Excipients: Acide sodium décahydraté, Chlorure de sodium, Eau Préparation pour Injectable.

ate de sodium est une substance bio-compatible présente naturellement à ses propriétés hydratantes et lubrifiantes, il crée un film sur la surface des agents extérieurs et les dommages causés par les radicaux libres. La stabilité du film lacrymal sur la surface de l'oeil en créant un écran de protection mécanique. EOLE dual contient également un mélange d'ingrédients naturels apaisante, rafraîchissante et protectrice. EOLE dual se caractérise par une facilité de la pose et le retrait des lentilles de contact, en évitant le déséquilibre du film lacrymal et les symptômes de rougeur oculaire.

**INDICATIONS:** Conjonctivite oculaire modérée à sévère - Syndrome de l'oeil sec - Rougeur, fatigue et irritation des yeux et des muqueuses oculaires par des facteurs environnementaux (pollution, vent, fumée, soleil, sel de mer) - Utilisation prolongée de l'ordinateur - Stress oculaire lié au port des lentilles de contact- Altération des structures du film lacrymal suite à la chirurgie de la surface oculaire.

## MODE D'UTILISATION:

Notez la date d'ouverture sur la boîte.

- 1- Détachez le sceau d'invulnérabilité.
- 2- Retirez le capuchon de protection.
- 3- Instiller 1 à 2 gouttes dans chaque oeil en appuyant légèrement sur le flacon (parfois il est nécessaire d'exercer une pression plus élevée sur le flacon en raison du mécanisme spécial de fermeture

