

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 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 une fois par an.

## 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.

188668

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1187 Société : Rm

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SALFIS RAHM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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) : .....



# 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 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.

M22- N° 002537

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7187 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SALEK RACHIDA

Date de naissance : 01/01/1960

Adresse : 02, RUE ELAKSA (AM) CASA

Tél : 06 1885 2388

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/2019

Nom et prénom du malade : SALEK RACHIDA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Ocular

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 002537

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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](http://www.mupras.com)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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
30/11/2023	Consultation	150 X 10 1500,00	500,00	 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

L'acheteur du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CROISSANT 3, Bd. Sour Jdid - Casablanca Tel: 05 22 21 02 33	30/11/23	198,00

## ANALYSES - RADIOPHOTOS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/12/23	10/outline 2 Veins	900 Dhs 4500 Dhs TOTAL 54000 Dhs

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

#### Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

A diagram showing a 10x10 grid of nodes, each containing a small circle with a number. The grid is centered at the origin (0,0). The axes are labeled D (left), G (right), H (up), and B (down). The nodes are numbered as follows:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4
- Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 7: 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 8: 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 9: 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 10: 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAIL

## MONTANTS DES COINS

DATE DUE  
REVIS

DATE DE  
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 Phacoémulsification

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

## الدكتور الرئيس عبد الرحيم

لخُصُصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

30 novembre 2023

Mme SALEK Rachida

157,00

### THEALOSE

41,05 1 goutte x 4 par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

### GEL larmes

1 application par jour , pendant 5 Mois

198,00

PHARMACIE DU CROISSANT  
Casablanca  
3, Bd. Sidi  
Tél : 05 22 98 44 66 / 26  
ICE : 00 52 35 000031



VR2762CT10MAR/0722



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

Solution pour la  
oculaire utilisée  
Flacon ABAK - S

#### COMPOSITION :

Tréhalose ..... 3 g  
Hyaluronate de sodium ..... 0,15 g  
Autres composants :  
Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations  
injectables q.s.p. ..... 100 ml

#### Détenteur de la décision d'homologation :

 Laboratoires Théa - 12, rue Louis Blériot  
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

#### Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50  
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

#### QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les  
lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.  
Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent,  
fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides,  
air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran.



mes  
lrique  
974P

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que GEL-LARMES, gel ophthalmique et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser GEL-LARMES, gel ophthalmique ?
3. Comment utiliser GEL-LARMES, gel ophthalmique ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver GEL-LARMES, gel ophthalmique ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

au moins 15 minutes avant de les remettre.

Le chlorure de benzalkonium peut également provoquer une irritation des yeux, surtout si vous souffrez du syndrome de l'œil sec ou de troubles de la cornée (couche transparente à l'avant de l'œil). En cas de sensation anormale, de picotements ou de douleur dans les yeux après avoir utilisé ce médicament, contactez votre médecin.

### **3. COMMENT UTILISER GEL-LARMES, gel ophthalmique ?**

#### **Posologie**

Pour une bonne utilisation du gel, certaines précautions doivent être prises :

- se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'application,
- éviter le contact de l'embout avec l'œil ou les paupières,
- instiller 1 goutte par œil en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas,
- pratiquer généralement 1 instillation sur chaque œil à traiter 2 à 4 fois par jour,
- refermer le tube aussitôt après utilisation et le conserver dans son emballage d'origine.

#### **Enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans :**

La sécurité et l'efficacité de GEL-LARMES, gel ophthalmique à la posologie recommandée chez les adultes a été établie par l'expérience clinique, mais aucune donnée d'étude clinique n'est disponible.

**Si vous avez utilisé plus de GEL-LARMES, gel ophthalmique que vous n'auriez dû**  
Rincer au sérum physiologique stérile.

**Si vous oubliez d'utiliser GEL-LARMES, gel ophthalmique**  
Ne prenez pas de double dose pour compenser celle que vous auriez oubliée de prendre.

# OPTIC MERS SULTAN

FACTURE N° 4013

Mme SALEK Racheda

Réf. Commande

D. Raisa Abdessahma

Date de règlement

19/12/2023

D. Raisa Abdessahma

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Traite

Quantité	Désignation	Prix . Unitaire	Montant
01	OD: +2,50 (+0,50 à 18°)		
01	OC: +2,50 (+0,50 à 45°)		
	addi OD OC + 2,75		
1	Monture: Optique	3000	
2	Verres progressifs +6 physiq blanche + minifit Droite	4500	
		100	500
	total		5400
	à régler au bout de 10 jours		

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Cinq Mille Cent Dix Dirhams

Signature du Client  
Quartier Mers Sultan  
Tél: 06 60 44 98 72



# 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 الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

30 novembre 2023

## Mme SALEK Rachida

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 2.50 (+ 0.50 à 180°)

OG = + 2.50 (+ 0.50 à 45°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75