

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0029777  
199642

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 35.11 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAKHAMA BENNANI

Sahid

Date de naissance : 9/12/1949

Adresse : 176 R. AZUR Tamaris 2 Cesa.

Tél. : 0639031537

Total des frais engagés : 1925 drs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENNANI DAKHADA Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : Casa

Le : 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaré

## **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
(3) 12/02/23 ( + K )  (Fam) d'beif)			300.00 Dhs	Dr Kaouthar DGADEG Ophthalmologiste Rés. Palmerie, Bd Brahim Kaïdani Entrée B9, 1er étage, Casablanca +212 05 28 66 - INP : 00118622

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTICAL Km 19, Route d'Azemmour, Dar Bouazza, Casablanca Tel: 05 22 33 00 63	19/12/2023	125,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
19/12/2012	30/12/2012	F.C. 600 H.M. 200 1.120	OPTAMIC DE CASABLANCA des Patients CASA Imagerie Roudani

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	N V	

#### **BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

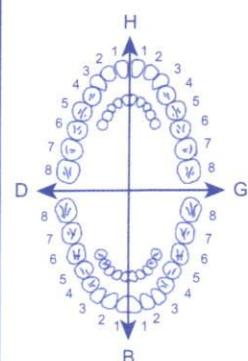
#### **Important :**

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

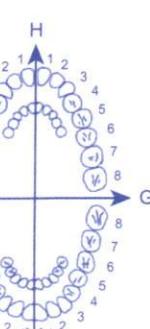
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p align="center"><b>B</b></p> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<b>H</b>																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
<b>D</b>	<b>G</b>															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 19/12/23

Compte-rendu de capsulotomie  
au laser YAG de l'œil gauche

- Sous anesthésie topique et NÉP de veine d'Abraham.
- Application de laser YAG sur capsule postérieure.
- Traitement.

Dr Kaouthar DGADEG  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 05114636

Urgence 24/24



**Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact**

Casablanca le : 15/12/2023

N° DAKHANA BENNANI

SAHID

Laserstromie ab en laser

YAG

**Dr Kaouther DGADEG**

**Ophtalmologue**

Rés. Palmer, Bd Hassan II Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél : 0522.98.88.66 - INPE : 091186262

**Urgence 24/24**

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



Casablanca le : 13/12/12

FACTURE 549

Reçu de M .... Dokhams ... Benmami Salihi

La somme de : MILLE CINQ CENT DIRHAMS

**1500,00 DHS**

Pour : LASER YAG (k80)

FC600

HM900

Cachet et signature

Dr Kaouthar DGADEC OPHTALMO CLINIQUE  
Ophthalmologiste 13, rue des Papillons OASIS  
Rés. Palmier, Ad Brahim Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél : 0522.98.88.66 - INPE : 091186262  
Casablanca 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15

**Urgence 24/24**



Casablanca le : 19/12/2023

M. DAKHANA BENNANI  
SAHID

125,00

1) - Argot collige:

(S.V)

1 goutte matin et soir pendant 07 j.

125,00

dans l'œil gauche.

PHARMACIE CAMPING TAMARIS  
Km 19, Route d'Azenour, Der Bouazza, Tamaris  
Casablanca  
Tél: 05 22 33 00 63 (02)

Dr Kaouther DGADEG  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél: 0522 98 88 66 - INPE : 09118626

Urgence 24/24



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# AZOPT® 10 mg/ml Collyre en suspension

Brinzolamide

Flacon de 5 ml

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien.

- Recommencez ces étapes pour vous devez traiter les deux yeux.
- Refermez bien le flacon immédiatement après usage.
- Finissez d'utiliser un flacon avant d'en utiliser un autre.

**Si une goutte tombe à côté de votre œil,** recommencez.

**Si vous oubliez de mettre Azopt** dans l'œil, la goutte suivante comme prévu. La dose double pour compenser. La pression n'excéder pas une goutte par jour dans l'œil atteint(s).

**Si vous arrêtez de prendre Azopt** sans avis à votre médecin, la pression de vos yeux n'est pas contrôlée ce qui pourrait provoquer une déterioration de la vue.

**Si vous utilisez un autre collyre,** attendez au moins 5 minutes entre Azopt et l'autre collyre.

**Si vous êtes porteur de lentilles de contact souples,** n'utilisez pas le collyre lorsque vous portez vos lentilles. Après avoir utilisé le collyre, attendez 15 minutes avant de remettre vos lentilles.

**Si vous avez mis trop de Azopt dans les yeux,** rincez-les avec de l'eau tiède. Ne mettez pas d'autre goutte jusqu'à ce que le moment soit venu de mettre la goutte suivante.

Que contient cette notice :

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES

6 118001 070114

Laboratoires SotHEMA

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Boîte de 1 flacon

PPV : 125,00 DH

AMM N° 26/18DMP/21/NRS

446374 MA