

# 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 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 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.

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

W21-843361

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RSM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSALHI ABDELHAZIZ

Date de naissance : 16 Mars 1965

Adresse : AESSALHI @ ROYAL AIR MAROC. COM

Tél. : 0665238516 Total des frais engagés : 2041 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : ESSALHI ABDELHAZIZ Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : 24 / 02 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-843361

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 :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24-02-24	221.80

[illegible][illegible]

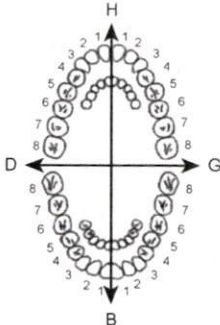
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           11433553         </div> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b>				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

### Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la Cataracte (phaco)

Angio-Laser, OCT, IVT

Ophtalmologie Pédiatrique



## د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بالرباط وباريس  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

### أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة (الفاكو)

التصوير بالأشعة و الليزر

طب عيون الأطفال

24 février 2024

Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = + 1.75 (- 2.00 à 6°)

OG = + 1.75 (- 2.00 à 173°)



Dr. BEL MOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada, Imm.1, Appt.4, Lghrablia  
Salé - Tél : 05 37 84 54 43



Facture **010116**

06 Mars 2024

M. **ESSALHI**  
**FATI MAZAHRA**

Dr. **105010672** INP

**VISION LOIN**

OD : Sph **+1.75** Cyl **-2.00** Axe **6°**  
OG : Sph **+1.75** Cyl **-2.00** Axe **173°**

**VISION PRES**

Add .....  
Add .....

**Désignation**

Monture : **Plastique**  
Verres : **organique ANbieflet**  
Lentilles : .....  
Observation : .....

**Prix**

**700** dh  
**800** dh

Cachet - Signature :



06 Mars 2024

**TOTAL**

**1500** dh

**MONTANT ( en lettres )**

**quille cinq Cent**  
**dinars**



## Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

### Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux  
Chirurgie de la Cataracte (phaco)  
Angio-Laser, OCT, IVT  
Ophtalmologie Pédiatrique



## د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بالرباط وباريس  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

### أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون  
جراحة الجلالة (الفاكو)  
التصوير بالأشعة و الليزر  
طب عيون الأطفال

24 février 2024

Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA

157.00

#### THEALOSE: COLLYRE

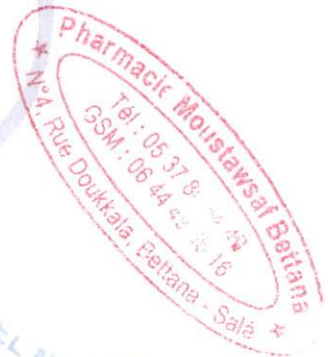
1 goutte 4 à 6 fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

#### OPATANOL

1gtte\*2/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

86.80

241.80



Dr. BEL MOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada, imm. 1 Appt 4 Lghrablia  
Salé - Tél: 05 37 84 54 43

*[Handwritten signature]*





1 mg/ml, collyre en solution  
**Opatanol®**

3XNN1A  
07 2026

Lot :  
Exp :

Titulaire de l'AMM au Maroc :  
صاحب رخصة التسويق بالمغرب  
**Laboratoires SOTHEMA**  
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Moroc  
Sous licence des Laboratoires  
Novartis Europharm limited

6 118001 070442  
Laboratoires SotHEMA Bouskoura  
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution  
Flacon de 5ml  
AMM Maroc N°96R1/20DMP/21/MAJ  
PPV : 84.80 DH



02

**Opatanol®**

**أوباتانول®**

1 mg/ml, 1 مغ/مل  
collyre en solution

قطرات للعين على شكل محلول  
Olopatadine أولوباتادين

1 mL de solution contient  
1 mg d'olopatadine  
(sous forme de chlorhydrate).

1 مل من المحلول يحتوي على  
1 مغ من الأولوباتادين  
(على شكل هيدروكلوريد)

1 flacon  
de 5 ml  
1 قارورة من  
فئة 5 مل

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
لا تبتلع  
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Tableau A (liste I) - UNIQUEMENT SUR  
ORDONNANCE

جدول أ (اللائحة 1) - بصرف فقط بموجب  
وصفة طبية



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

كن حذرا. لا تقيد السيارة دون قراءة النشرة

عن طريق العين  
اقرأ النشرة قبل الاستعمال  
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال  
يرمي 4 أسابيع بعد الفتح الأول

© 2010, 2014 Novartis

**NOVARTIS**





E2762C10MAG/0722

STERILE A

معقم



تاريخ أول فتح

Date de première ouverture

تيالوز<sup>®</sup>

تريالوز 3 %

هياالورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين

يحمي، يميّه ويزلق سطح  
العين

10 مل

بدون مادة حافظة



Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

PPC : 157,00 DH



VR2762C10MAR/0722



Détenteur de la décision d'homologation :



Laboratoires Théa

12, rue Louis Blériot

63017 - Clermont-Ferrand Cedex 2

France

صاحب شهادة المستلزم الطبي :

مخابر تيئا

12، شارع لويس بليريو

63017 كليمون فيرون - سيديكس 2 فرنسا



Théa



0459

