

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l' Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**  
M22- 54738

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10236 Société : 203524  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RHIZAL MOUH  
 Date de naissance :  
 Adresse : Salma 2 Re-4 in RD/No 7 CACD  
 Tél. : 066555890 Total des frais engagés 300 + 84,8 + 4800 Dhs 5184,80

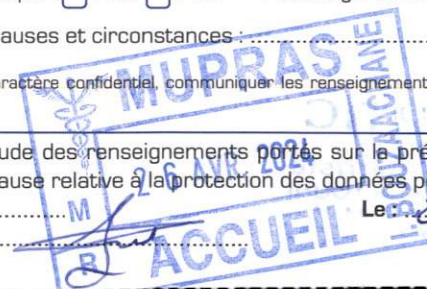
## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ESSALIME Karima  
 Ophtalmologue  
 146, Bd Joulane Appt 1 Salma 2  
 Casa - Tel: 0522 57 00 55  
 Date de consultation : 15/04/2024  
 Nom et prénom du malade : Rhizal Mouh Age: 56ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection chronique  
 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 : 15/04/24  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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 Réselement des Actes
15/04/2024	ps	300,00		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
84,80	15/04/24	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

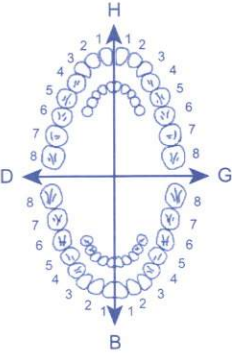
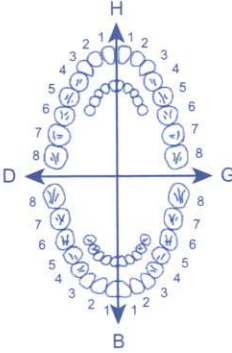
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DOUZI OPTIC Douzi Fatima Zohra Opticienne Optométriste 219 BD MOHAMED ZERKTOUNI CASABLANCA 08.22.35.44.01 INPE 035046054	21/04/24					4800,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. ESSALIME KARIMA**

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



**الدكتورة السالمية كريمة**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

**15 avril 2024**

**Mr RHIZAL MOUH**

Monture + verres correcteurs progressifs à adaptation facile  
Organiques Antireflets, Amincis, Photochromiques

Vision de loin :

OD = (-0.25 à 30)

OG = -0.25 (-0.25 à 120)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.00

Dr. ESSALIME Karima  
Ophtalmologue  
146 Bd Joulane Apt 1 Salmia 2  
Casa - Tel: 0522 57 00 55

DOUZI OPTIC  
Ophtalmologue  
219 Bd Joulane Apt 1 Salmia 2  
CASABLANCA 05 22 57 00 55  
INPE 0522 57 00 55

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
146, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 05 22 57 00 55

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553

**Dr. ESSALIME KARIMA**

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



**الدكتورة الساليم كريمة**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

**15 avril 2024**

**Mr RHIZAL MOUH**

811.80

**OPATANOL: collyre**

**1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois**



**Dr. ESSALIME Karima**  
**Ophtalmologue**  
146, Bd Joulane Apt 1 Salmia 2  
Casa - Tél: 0522 57 00 55

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg. - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
146, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 05 22 57 00 55

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553



1-

## QU'EST-CE QUE OPATANOL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

**OPATANOL est utilisé pour le traitement des signes et symptômes des conjonctivites allergiques saisonnières.**

**Conjonctivite allergique.** Des agents (allergènes) comme les pollens, la poussière de maison ou les poils d'animaux peuvent être à l'origine de réactions

allergiques se manifestant par des démangeaisons, des rougeurs et des gonflements de la surface de votre oeil.

**OPATANOL est un médicament pour le traitement des états allergiques oculaires.** Il agit en réduisant l'intensité de la réaction allergique.

2-

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER OPATANOL ?

### N'utilisez jamais OPATANOL

- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'olopatadine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament. (mentionnés dans la rubrique 6).
- vous ne devez pas utiliser OPATANOL si vous allaitez.

### Avertissements et précautions :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser OPATANOL.

Vous devez enlever vos lentilles de contact avant d'utiliser OPATANOL.

### Enfants :

Ne pas utiliser OPATANOL chez les enfants de moins

### Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

**Si vous êtes enceinte ou allaitante, si vous pensez être enceinte, ou si vous prévoyez de l'être,** demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant d'utiliser OPATANOL.

Vous ne devez pas allaiter, de l'enfant, pendant l'utilisation.

### Effets secondaires sur le véhicule

Vous pouvez ressentir des effets secondaires après avoir utilisé le véhicule et l'effet ait disparu.



Laboratoires Sothema Bouskoura

Opatanol® 1mg/ml collyre et solution

Flacon de 5ml

AMM Maroc N°96R1/20DMP/21/MAJ

PPV : 84.80 DH

**OPATANOL contient du chlorure de**

**OPTIC DOUZI**



**بصريات الدوزي**

**FACTURE**

**N° 00879**

Le: 24/04/2024

Mr: R. H. al. ... Doit

**Montant**

OD:  $ps (-0.25 \div 30^\circ)$  4800,00

OG:  $0.25 (-0.25 \div 120^\circ)$

add: 2,00

Monture Monture OPTIC 800,00

Type de Verre Verre progressif 14000,00  
Ph. Optical R

**DOUZI OPTIC**  
Douzi Fatima Zahra  
Opticienne Optométriste  
219 BD MOHAMED ZERKTOUNI  
CASABLANCA 05.22.39.44 0  
INPE 035046564