

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-0026966

23801 ☐ Autres

☐ Maladie ☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1209 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DERKAOUI MALIKA

Date de naissance : 17/1/65

Adresse :

Tél. : 06 07 16 87 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BELAAROUSSI SALMA
Ophtalmologiste
Lot Selouane, lot 35, office Jada, Etage bureau 4,
Bvd Mohammed VI, Oudja-Casablanca
Tél : 06 61 82 73 37 / 05 22 90 15 16

Date de consultation : 20 / 06 / 24

Nom et prénom du malade : DERKAOUI MALIKA Age : 1965

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de Médecin attestant le Paiement des Actes
2004/24	CSophia	300,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie HANZA</p> <p>28E:092030262</p>	20/04/24	270,20

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	G	B	
25533412	00000000	21433552	00000000	Coefficient des Travaux
00000000	00000000	00000000	00000000	Montants des Soins
35533411	11433553			Date du Devis
				Date de l'Execution

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma BELAAROUSSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Enfants et adultes



د. سلمى بلعروسي

احصائية في طب وجراحة العيون
للصغار والكبار

- Lauréate de la faculté de Médecine et pharmacie de Casablanca
- Diplôme universitaire d'imagerie rétinienne et traitement maculaire de l'université de Paris-Est Créteil (France)
- Diplôme universitaire de surface oculaire à l'université de Brest (France)
- Diplôme universitaire d'adaptation en lentille de contact de l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (France)
- Médecin agréée pour l'aptitude médicale à la conduite

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- حائزة على دبلوم في أمراض الشبكية بجامعة باريس كريت (فرنسا)
- حائزة على دبلوم في أمراض سطح العين ببريست (فرنسا)
- حائزة على دبلوم في العدسات اللاصقة بجامعة فرساي (فرنسا)
- طبيبة معتمدة للفحص الطبي لرخصة السياقة

ORDONNANCE

Casablanca, le

20 avril 2024

Mme DERKAOUI Malika

LARMABAK

54,125
50,60x2 1 goutte 4 fois / jours , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

CORNEREGEL ou EyeGelplus ou gel larmes

38,30x3
1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

PHARMACIE HANZO
CASABLANCA
05 22 90 15 16

DR BELAAROUSSI SALMA
Ophtalmologiste
Lot Selouane lot 35, Office Jad, Etage bureau 4,
Bvd moulouya, Oulfa-Casablanca
06 61 82 73 37 / 05 22 90 15 16

تجزئة السلوان | 35 | مكاتب جاد | الطابق الأول | مكتب 4 شارع ملوية | الألفة | الدار البيضاء

Lotissement Selouane | lot 35 | Office Jad | Bureau 4 | 1^{er} étage
Bd. Moulouya, Oulfa | Casablanca | Tél.: 05 22 90 15 16 | G.S.M.: 06 61 82 73 37
dr.belaaroussisalma@gmail.com /INPE 0613 01172

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



COOPER PHARMA
PPV: 38,30 DH



⇒ x3 Ged

25346502

1T33
10 2023
09 2025

COOPER PHARMA
PPV: 50,60 DH



Larmabak®

0,9 %

Collyre

Chlore de sodium

Boîte de 1 flacon de 10 ml

Ⓢ

0,9 %

محلول قطرات للعين

كلوريد الصوديوم

علبة تحتوي على قارورة 10 مل

conservateur
حالة حافظة
نون

FR Larmabak® 0,9 %

Composition :

Chlore de sodium.....0,900 g
Pour 100 ml de collyre.

Liste des excipients :

Hydrogénophosphate de sodium
dodécahydraté,
dihydrogénophosphate de sodium
dihydraté, eau pour préparations
injectables.

Excipient à effet notoire : phosphates.
Voir la notice pour plus d'information.

VOIE OPHTALMIQUE.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE

PORTÉE LA DES ENFANTS.

Indications d'utilisation :

Ce médicament est préconisé pour
soulager les symptômes d'iritation
liés à la sécheresse oculaire (quand il
existe une insuffisance de larmes).

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

Ne pas conserver le flacon entamé
au-delà de 8 semaines.

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Médicament non soumis à
prescription médicale.

MA AMM Maroc n° :

181/19/DMP/21/NRQDNM

Théa

Posologie :
المعالين :

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV
6 118001 100651

Date de première ouverture /
تاريخ فتح العبوة لأول مرة

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diour, Casablanca
Pharmaden Responsable :
Mme Amina DAOUDI

موزع من طرف :
كبير قاريا
41 زقة محمد ديوري،
الدار البيضاء المغربية
الصندلي المسؤول : أمينة الداودي

25346502

1T33
10 2023
09 2025

COOPER PHARMA
PPV : 50,60 DH

Lot

E423C10MCO/0920

FR Larmabak® 0,9 %

Composition :

Chlore de sodium.....0,900 g
Pour 100 ml de collyre.

Liste des excipients :

Hydrogénéphosphate de sodium
dodécahydraté,
dihydrogénéphosphate de sodium
dihydraté, eau pour préparations
injectables.

Excipient à effet notoire : phosphates.
Voir la notice pour plus d'information.

VOIE OPHTHALMIQUE.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE

PORTÉE LA DES ENFANTS.

Indications d'utilisation :

Ce médicament est préconisé pour
soulager les symptômes d'irritation
liés à la sécheresse oculaire (quand il

À conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

Ne pas conserver le flacon entamé
au-delà de 8 semaines.

Lire la notice avant utilisation.

Médicament non soumis à
prescription médicale.

AMM Maroc n° :
181/19/DMP/21/NRQDNM

Sans

علبة تحتوي على قارورة 10 مل

كلوريد الصوديوم

محلول قطرات للعين

، 0,9%

لارماباك

Boîte de 1 flacon de 10 ml

Chlore de sodium

Collyre

0,9 %

Larmabak®



LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV
6 118001 100651

Posologie :
القطرات :

Date de première ouverture /
تاريخ فتح العبوة لأول مرة

Distribué par COOPER PHARMA
Pharmacie Responsable :
41, rue Mohamed Droun, Casablanca
Mme Amine DAOUDI

موزع من طرف:
د. كريم قايما
41 زقة محمد دروني،
الدار البيضاء المغربية
الصيدلي المستودع: البنية الداروي

Théa

conservateur
حالة حافظة
لون