

# 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.

## Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19- 067529

ND: 30435

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663067929 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) : ALEX



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : ELHAÏL Abdelillah	Mle 10218
DECLARATION N°	W18-386348	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
26/06/2020	3644 180DH	05 pièces
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-386348

DATE DE DEPOT

26/06/2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 10218
Nom & Prénom ELHAÏL Abdelillah		
Fonction : retraité	Phones 0663067929	
Mail		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient ELHAÏL CHAYAT	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	Date 18/06/2020
Nature de la maladie		Date de révisite
ca AFFECTION OCULAIRE		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
ca		200DH
<b>PHARMACIE</b>	Date 18/06/2020	
Montant de la facture		
23/06/20	144.80	3300.00
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. IRAQUI  
5, Avenue  
10218

Dr. IRAQUI  
5, Avenue  
10218

Dr. IRAQUI  
5, Avenue  
10218

Pharmacie MIMA  
Mme BENNANI Ilham  
Docteur En Pharmacie  
40 Drissia I - Casablanca  
1911 00 07 60

KADER OPTIQUE  
OPTIQUE  
Lentilles  
1004 Av. ABDELKADER  
Tél : 022 28 78 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100

**Docteur Iraqui Houssaini Karim**  
**Ophtalmologiste**

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Chirurgie de la Cataracte par Phaco  
Angiographie - Laser - Strabisme  
Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



**الدكتور عراقي حسيني كريم**  
**طب العيون**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية  
تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الحول  
العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le 18.06.2020 في الدار البيضاء،

90.70  
patansl  
Nphx 2gm ph  
54.10  
Lamma 30k  
Nphx 4gm ph  
144.80

ELIABIL CATHARAT  
1m  
1m

Pharmacie MIMA  
Mme BENNANI Ilham  
Docteur En Pharmacie  
6, Rue 40 Driissia 1 - Casablanca  
Tél : 05 40 11 03 20 - 05 22 29 50 00

Dr. IRAQUI HOUSSAINI KARIM  
Ophtalmologiste  
5, Avenue "D" Idrissia 4 - 1<sup>er</sup> Etge  
Appt N° 1 - Casablanca  
Tél : 05 40 11 03 20 - 05 22 29 50 00

5 شارع د (شارع الثمر) الإدريسية 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 285 290

5 Avenue D Idrissia 4, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N° 1 - Casablanca - Tel. : 0522 285 290

البريد الإلكتروني : iraquikarim@hotmail.com



**Docteur Iraqui Houssaini Karim**  
**Ophtalmologiste**

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Chirurgie de la Cataracte par Phaco  
Angiographie - Laser - Strabisme  
Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



**الدكتور عراقي حسينى كريم**  
**طب العيون**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية  
تصوير الأنوعية - علاج بالليزر - الحول  
العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le 18/06/2020 في الدار البيضاء،

7 EL HAIL CITY NAE

~~Ct~~ ~~oph~~

~~VL~~ ~~Si + 0, 60~~

~~Si + 0, 60~~

**KADER OPTIQUE**  
OPTIQUE OPHTALMOMETRIE  
LENTILLES DE CONTACT  
404 AV. ABDELHAK SENHAÏ, DRISSA - CASABLANCA  
TEL : 022 28 70 14 - FAX : 022 88 18 36

**Dr. IRAQUI Houssaini Karim**  
**Ophtalmologiste**  
5, Avenue "D" Idrissia 4 - 1<sup>er</sup> Etge  
Appt N° 1 - Casablanca  
Tél 05 40 11 03 20 - 05 22 28 52 20

ICE: 00182301700021

INP: 0950-4081

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi  
IDRISSIA 1 - Casablanca  
Tél: 05 22 28 70 73  
Fax: 05 22 80 18 36

FACTURE 0005833

Le 23 / 06 / 20

Patente: 33664052  
CNSS: 2361145  
R.C.: 20 47 88

M. EL HAIL CHAXMAE

Ordonnance du docteur I RASMI

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. = 400 O. G. = 400	Prés { O. D. = O. G. =	D. F. { O. D. = O. G. =
--	-----------------------------------	---------------------------	----------------------------

FOURNITURES :		
Montures : optique	1500	1500,00
Verres : enjauge anti-reflets	9,00 x 2	1800,00
		3300,00

La présente facture arrêtée à la somme DH

trois mille trois cent DH

KADER OPTIQUE  
OPTIQUE OPTOMETRIE  
LENTILLES DE CONTACT  
404, AV. ABDELLAH SENHAGI  
IDRISSIA - CASA  
TEL : 022 28 70 73 FAX : 022 80 18 36

**NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR**

**OPATANOL<sup>®</sup> 1 mg/mL, collyre en solution.**

Olopatadine.



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP  
PPV : 90,70 DHS



407252

**Veillez li  
d'utiliser  
important**

**alité de cette notice avant  
contient des informations**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir section 4.

**Que contient cette notice**

1. Qu'est-ce qu'OPATANOL et dans quel cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser OPATANOL
3. Comment utiliser OPATANOL
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver OPATANOL



FR

# Larmabak 0,9 % Collyre Chlorure de sodium

**Veuillez lire  
cette notice  
médicament  
information  
votre traitement**

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Dans cette notice :**

LARMABAK 0,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

l'insuffisance lacrymale le nécessitent.  
1 ml de collyre contient 31 gouttes.

## Mode d'administration

Voie ophtalmique.

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

Se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'application, Eviter le contact de l'embout avec l'œil ou les paupières.

Instiller une goutte de collyre dans le cul de sac conjonctival, en tirant légèrement la paupière inférieure et en regardant vers le haut.

Le temps d'apparition d'une goutte est plus long qu'avec un flacon de collyre classique.

Rebouchez le flacon après utilisation.

## Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.

## **4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, LARMABAK 0,9 %, collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.