

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

N° W19-501762

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Dentaire

5059

Société :

Optique

TUNISIEN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELLAJ ABDERRAHIM

Date de naissance :

29/12/1956

Adresse :

Tél. : 0671802577

Total des frais engagés : 1456,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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 au pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 21/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
nacie l'Ermitage nue l'Ermitage - Casa Edu. UCC.UU.J1.75	21/9/20	1468,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

— VOLET ADHERENT

RELEVE 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 l

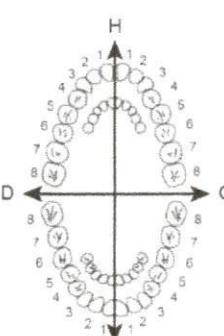
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTÉ

Professeur ZADNASS Abdallah
Ophthalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn Rochd CASABLANCA
Ancien résident de CHU de Nantes - France
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne
Angiographie , laser rétinien , OCT
Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله
طب العيون
أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
جراحة وأمراض العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية
أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر
جراحة الشبكية

21/9/2020

*16/4/20
X5*
BELLAJ Abderrahim

- COSOPT COLLYRE (Timolol+Dorzolamide) fl

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux,

- XALATAN (Latanoprost)COLLYRE à 0,005% fl

X5
1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux,

12/2/20
TRAITEMENT A NE PAS ARRETER

1.456,00
Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casablanca
Tél: 0528 86.19.24 Fax: 0528.00.01.75
Professeur ZADNASS Abdallah
Ophthalmologiste
Imm. Marhaba Bd. Cheikh Saâdi
Talbot - AGADIR
Tél: 052882221 Fax: 0528844378

PHARMACIE L'ERMITAGE

48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA

05 22 86 19 24, IF:42105620

Tél : 210696

Patente : 36366490, ICE:001634422000077

Facture N° 36 894 Du 21/sept./2020

Client : BELLAJ ABDERRAHIM

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	COSOPT	5	164.20	821.00
CL	XALATAN	5	127.00	635.00
2	Total	10		1 456.00

1 456.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE QUATRE CENT CINQUANTE-SIX DIRHAMS

Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casa
Tél: 05 22 86 19 24 - Fax: 05 22 86 31 75

valable 3 mois

Le 21/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : BELLA F ABDERRAHIM

Présente Glaucome chronique à angle ouvert

Nécessitant un traitement d'une durée de : Cosopt coll/ys.

+ XLATAN coll/ys à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

XalatanTM
0.005 %
LATANOPROST

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A.
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

LOT/MFG./EXP.:

CH2895
Y45035
04/2019
03/2022

زالاتانTM
%0.005
لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين
قارورة 2.5 مل

زالاتانTM
%0.005
لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين
قارورة 2.5 مل

زالاتانTM
%0.005
لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين
قارورة 2.5 مل

XalatanTM
0.005 %
LATANOPROST

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A.
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

LOT/MFG./EXP.:

CH2895
Y45035
04/2019
03/2022

LOT/EXP.:

CW4834
Y45039
04/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4834
Y45039
04/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4834
Y45039
04/2022
PPV 127DH00

LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
5 ملخ/ملل + **20**

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة 1)



LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
ملغ/ممل 5 + 20

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة 1)



LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
ملغ/ممل 5 + 20

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة 1)



LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
ملغ/ممل 5 + 20

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة 1)



LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
ملغ/ممل 5 + 20

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة 1)

