

# 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.

## 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

- 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

N° P19- 056930

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24921 Société : RAM 43376

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : H. Adnan

Date de naissance : 01.01.1979

Adresse : 17 rue de la République

Tél. : 0660448205 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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056930

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

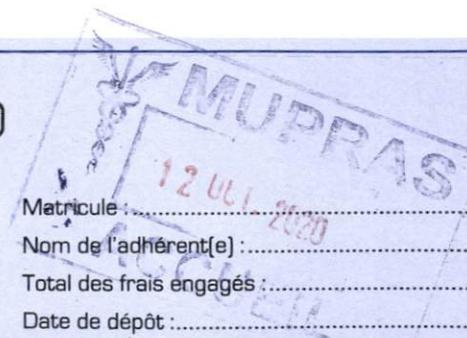
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 24921

Nom de l'adhérent(e) : H. Adnan

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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° W19-558179

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04921      Société : RAF  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : CA  
 Nom & Prénom : Adhane Mohamed  
 Date de naissance : 01.01.1959  
 Adresse : 17 Bd la Résistance  
 Tél. : 06 82448705 Berrechid      Total des frais engagés : 1780      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : Adhane taha      Age : .....  
 Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : appel œil  
 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 : Berrechid      Le : 01/09/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-558179

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 : 04921  
 Nom de l'adhérent(e) : Adhane Mohamed  
 Total des frais engagés : 1780  
 Date de dépôt : 01.09.2020



# CORRECTOL® 0,1%, collyre

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

**CORRECTOL 0,1 %, collyre**

### b) COMPOSITION

Inosine phosphate disodique dihydraté.....

Excipients : gluconate de chlorhexidine, chlorure de sodium, eau purifiée .....

### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 10 ml

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

AUTRES MEDICAMENTS OPHTALMOLOGIQUES

(S : Organes sensoriels)

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Traitement d'appoint des troubles de la vision binoculaire, en complément de la rééducation.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

(CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans la situation suivante :

- Antécédents d'allergie à l'un des constituants du collyre.

*EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

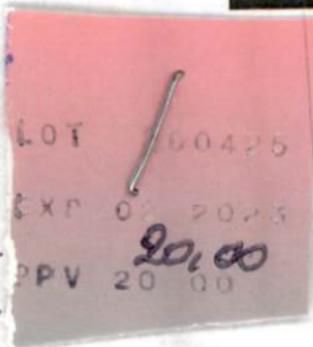
### b) MISES EN GARDE SPECIALES

Ne pas injecter, ne pas avaler.

### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas de traitement concomitant par un autre collyre, espacer de 15 minutes les instillations.

*EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*



# Dr. REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



# الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 أغسطس بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالليزر، تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

**OPTICINE**  
**KARIM EDDINE ADIL**  
Opticien - Optométriste  
5, Lot Issarti B - Berrechid  
Tél.: 022 53 32 01 Fax: 022 52 77 77

21 JUL 2022

ADNAUC TAHA

1) Permettez-vous de (ce) faire / pour  
VL / Me + 0,25 (- 0,25 à 1,50)

OG: + 0,25 (- 0,25 à 4,50)

20,07  
1) comochol ptx x 2 5 005 200

110,09  
Floravision ptx x 4 5 200 200

130,10

## صيدلية الثانوية

إيمان تاصت

دكتورة في الصيدلة

126 شارع المتقودة تجرنة النور - برشيد

الهاتف: 0522 22 45 84

**FLORAVISION**  
PPC: 110.00

UtAv | Lot  
05/22 | 19613

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

د. جانب مختبر ابن سينا إقامة الحاج أحمد الطابق النول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed  
(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid  
Tél : 05 22 51 75 39 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com

# OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 31/08/2020

Client	MR ADNANE TAHA
--------	----------------

**FACTURE N°900/2020**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES INCASSABLES BLANCS AMINCIS +ANTI REFLET	400,00	800,00
			<b>1 500,00</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

**OPTIDINE**  
**KARIM EDDINE ADIL**  
Opticien - Optométriste  
5, Lot Essafi Bd Hassan II - Berrechid  
Tél 022 53 32 61 Fax 022 32 77 77