

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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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- 0044376

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0532 Société : 49260
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Reçue
Nom & Prénom : WASEH Mohamed
Date de naissance : 01.07.41
Adresse : Inara 1 Re 5 n°11 Mohamed Cass
Tél : 0661622979 Total des frais engagés : 3920,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.98.59/06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.62 Casablanca

Date de consultation : 04/11/2020
Nom et prénom du malade : Mme KHAMLI Fatima
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Longue Durée
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.

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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 Paiement des Actes
04/11/2020	C5		300 DA	Dr. Nadia BENNANI Ophtalmologiste 61, Avenue Moulay Hassan 1er Tél : 05 22 20 98 59 / 05 64 77 37 67 Fax : 05 22 20 98 62 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LUMIERES 550, Bd. de l'Indépendance - INARA AIN CHOUA - CASABLANCA Tél : 05 22 52 40 29	04/11/2020	20100

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	
LUNETTES BARD N°55 Rue des Anglais - Casablanca Tél : 05 22 22 50 20	04/11/20					3600000

RELEVÉ 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 le bilan de

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 <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Nadia BENNANI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خارجة كلية الطب بباريس
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 04 novembre 2020

Mme KHAMLI Fatiha

PHARMACIE LAMERES
LAHRIEN
550, Bd. EL KODJ - INARA
AIN CHOCK - CASABLANCA
Tél. : 05 22 62 40 29

2010
CORRECTOL: collyre



1 goutte 2 fois/jour , dans les deux yeux

Dr. Nadia BENNANI
Ophthalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.98.69 / 06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca



قسم 55 درب الانجليز - الدار البيضاء
 س.ت. 260166 - الهاتف : 0522.22.50.20
 N° 55 Rue des Anglais - Casablanca
 R.C. 260166 - Tél : 0522 22 50 20
 PATENTE N° : 39813945

Casablanca, le 04/11/2020 N° 0003808

M. XHAM Li FAEHA Doit

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANTS A LA PRESCRIPTION DU	Vision de Loïn	Vision de Près	Double Foyer	SUPPLEMENT
	O.D.	O.D.	O.D.	
Docteur	O.G.	O.G.	O.G.	

FOURNITURES :		
Montures	2	1400.00
Verres <u>ORMA</u> <u>AR</u>		
<u>0.1 + 1.75</u> <u>1.25</u> <u>10</u>		600.00
<u>0.6 + 1.50</u> <u>0.50</u> <u>15</u>		600.00
<u>0.1 + 2.50</u> <u>2</u>		1000.00
TOTAL		3600.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Three mille
Six cent OTS

Dr. Nadia BENNANI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 04 novembre 2020

Mme KHAMLI Fatiha

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Transition

VL :

OD = + 1.75 (- 1.25 à 10°)

OG = + 1.50 (- 0.50 à 15°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs
VP :

amincis

ODG = Add : + 2.50

Dr. Nadia BENNANI
Ophthalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.98.69 / 06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca

LUNETTES BADR
نظارات بدر
N°55 Rue des Anglais - Casablanca
Tel : 05 22 22 50 20

CORRECTOL® 0,1%, collyre

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

CORRECTOL 0,1 %, collyre

b) COMPOSITION

Inosine phosphate disodique dihydraté..... 0,1g

Excipients : gluconate de chlorhexidine, chlorure

de sodium, eau purifiée q.s.p 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 10

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

AUTRES MEDICAMENTS OPHTHALMIQUES

(S : Organes sensoriels)

2. DANS QUELS CAS UTILISER CORRECTOL

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

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

3. ATTENTION !

a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CORRECTOL

(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.

d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

L'efficacité d'un collyre peut être affectée par l'instillation simultanée d'un autre collyre. Dans ce cas, il convient d'attendre 15 minutes avant de pratiquer la deuxième instillation.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

e) GROSSESSE - ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

a) POSOLOGIE

Posologie usuelle.

2 gouttes de collyre par jour, pendant 15 jours, puis un jour sur deux.

b) MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie locale

EN INSTILLATION OCULAIRE.

Ne pas avaler, ne pas injecter.

Se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'instillation.

Eviter de toucher l'œil ou les paupières avec l'embout compte-gouttes

Instiller la solution dans l'œil en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas. L'œil fermé, essuyer proprement l'excédent.

Refermer le flacon après utilisation.

c) FREQUENCE ET MOMENT AUXQUELS LE MEDICAMENT DOIT ETRE ADMINISTRE

Après les 15 premiers jours de traitement, poursuivre les instillations oculaires au rythme d'un jour sur deux.