

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Réclamations 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.

## Ophtalmologie 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

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](http://www.mupras.com)

2485

**Déclaration de Maladie : N° P19-0002252**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2485 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEZOUI Nourdine Date de naissance : 02/10/1956

Adresse : Hay El Houda Rue 2 N°12 BERRCHID

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. BENNOUAN Mohamed  
Ophtalmologiste  
47, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél: 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 56

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 MAI 2021

Nom et prénom du malade : Fath BEZOUI HANNA 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 de déclarer

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 12/05/2021

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
03 MAI 2021	C		300 M	Dr. BENJOUNA HASSAN Ophtalmology 17 Avenue Hassan II Casablanca +222 87 96 00 05 22 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KADER OPTIQUE OPTICIENNE M. KADER 404, AV. ABDELLAH BEN YOUSSEF 1000 TUNIS TUNISIA TEL: 71 44 44 11 MOB: 71 44 44 11 MAIL: KADEROPTIQUE@YAHOO.FR	10/09/21 3/05/21	2500,- 60.00

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 le bilan d'explorations.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	D	B	G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	D	B	G													
25533412	00000000	21433552	00000000													
00000000	35533411	00000000	11433553													
				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'EXECUTION

*Dr Bennouna Mohamed*

**OPHTHALMOLOGISTE**

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris.  
Maladies des Yeux  
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale  
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض العيون  
جراحة العين والجفن  
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 03 mai 2021

Mme BEZOUI HANAA

20,00 x 2

CORRECTOL: collyre N°4

5

2 gouttes dans chaque oeil, en début de matinée & fin d'après-midi (par ex: vers 8h et 18h) voire plus si fatigue visuelle, tous les jours, pendant 2 mois.

40,00

PHARMACIE OU MERRAII  
D'allonge DIAH  
49, Boulevard ou MERRAII  
Casablanca - Tel: 05 22 28 79 96 / 05 22 48 13 58

Dr. BENNOUNA MOHAMED  
OPHTHALMOLOGISTE  
Tél: 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 58  
17, Avenue Hassan II - Casablanca

شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء  
47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablanca  
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58  
الهاتف :  
TRAM : Station Place Med V  
E-mail : bennouna.oph@gmail.com

# CORRECTOL® 0,1%, collyre

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

**CORRECTOL 0,1 %, collyre**

### b) COMPOSITION

Inosine phosphate disodique dihydraté.....

0,1 g

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,  
rééducation.

## 3. ATTENTION !

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

(CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans la situa

-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



# CORRECTOL® 0,1%, collyre

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

**CORRECTOL 0,1 %, collyre**

### b) COMPOSITION

Inosine phosphate disodique dihydraté.....

0,1 g

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,  
rééducation.

## 3. ATTENTION !

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

(CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans la situa

-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



# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji  
 Idrissia 1 - Casablanca  
 Tél. : 05 22 28 70 73  
 Fax : 05 22 80 18 36  
 Patente : 33664052  
 C.N.S.S : 23561145  
 R.C. : : 20 47 88

## FACTURE

IF : 02520198  
 ICE : 001823017000027  
 INP : 095024081

Casablanca, le .....

M

05/05/2002  
 BIENZOUI HAKNAA

O.D. = ..... ADD. = .....

O.G. = ..... ADD. = ..... Ordonnance du docteur BIENZOUI

NRS de nomenclature  
 correspondants à  
 la prescription

Loin { O.D. = 12  
 O.G. = 12

Prés { O.D. = 1  
 O.G. = —

D.F. { O.D. = 1  
 O.G. = —

### FOURNITURE :

1 Montures : 08xy 2

900,-

900,-

2 Verres : myope -30

750,-

1500,-

TOTAL :

2400,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Dent Mille Quatre Cent

KADER OPTIQUE  
 OPTICIENNE - OPTOMÉTRIE

404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1

Tél. : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36 - Casablanca

*Dr Bennouna Mohamed*

**OPHTHALMOLOGISTE**

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris.

Maladies des Yeux

Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale

Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض العيون

جراحة العين والجفن

جراحة تصحيح البصر

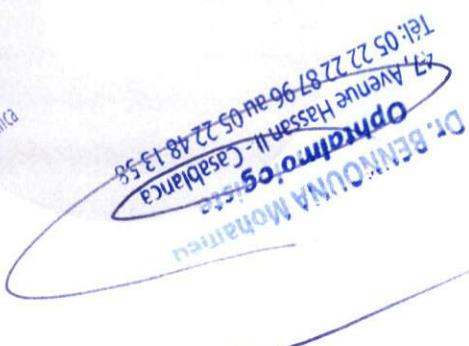
Casablanca, le 03 mai 2021

Mme BEZOUI HANAA

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques, Antireflets multi-couches, Filtre anti-  
lumière bleue

OD = +0.50 (- 0.75 à 90°)

OG = +0.50 (- 0.50 à 90°)



شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

TRAM : Station Place M<sup>ed</sup> V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com