

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.

Diagnostique 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.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Mise 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.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
N° M21- 0033333

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1952 Société : 32682
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Sayanti Driss
Date de naissance : 1948
Adresse : 187 Rue 29 Hay Bulfa
Tél. : 0675977335 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/05/2021
Nom et prénom du malade : SAYANTI DRISS Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
27-05-2021	Cs	200	04	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

27/05/2021 99,50

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

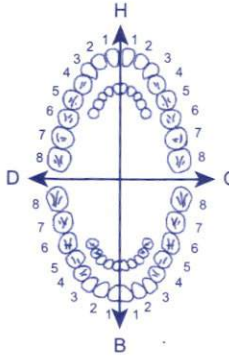
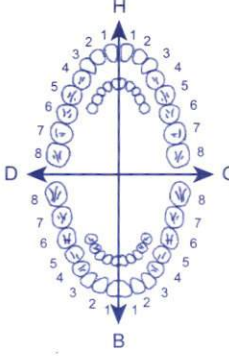
AM PC IM IV

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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"> <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> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	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'

Docteur . Hamid FARAH

Ophtalmologiste

**Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...**

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT
Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef



الدكتور . حميد فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف

Casablanca, Le

27 MAI 2021

الدار البيضاء في

Sayoum Driss,

Xolomol coll. as

1 gtt 2 x

mt el roni

Owyal coll.

1 gtt 2 x



*prun
aut*

99.50

ocyal sel

Dr Hamid FARAH
Ophtalmologiste

**01 Oum Errabil Rue 50 N° 3
EL OULFA - CASABLANCA
Tél. 05 22 93 29 91**

99.50

1 gtt el roni

INDICAZIONI

Umidifica, rinfresca gli occhi, lenisce a lungo i sintomi derivati dall'instabilità del film lacrimale. Protegge, umidifica e lubrifica la cornea. Allevia le irritazioni oculari causate da stress meccanico per corpo estraneo, dopo l'uso di lenti a contatto, specifico per condizioni particolarmente severe di secchezza oculare derivate principalmente da lacrimazione, ipolacrimia, insufficiente stabilità del film lacrimale, da pollini o polveri, menopausa, riduzione dell'ammiccamento, traumi post-operatori.

Grazie all'acido ialuronico, il lubrificante naturale delle articolazioni, non immunogenico e non tossico, previene e lenisce i disturbi tipici legati all'assenza di lubrificante nell'ambiente oculare.

Non congelare, tenere lontano da fonti di calore.

Per le avvertenze e le modalità d'uso vedi foglio illustrativo interno.

COMPOSIZIONE

Principio attivo: acido ialuronico (come sodio ialuronato) 0,30%.

Eccipienti: Acido Borico, Sodio Tetraborato, Sodio cloruro, EDTA, Microglicin 50, acqua deionizzata.

CONTENUTO DELLA CONFEZIONE

1 flacone da 10 ml
1 prospetto illustrativo
Dispositivo Medico
Text Rev.04 13.01.20

CE 0477 



OCUYAL GEL

GOCCE OCULARI IN GEL
LUBRIFICANTI E LENITIVE
A BASE DI
ACIDO IALURONICO 0,30%

schalcon

10 ml



LOT



INDICATIONS

Ocuyal Gel est indiqué dans l'humidification et le rafraîchissement des yeux, il apaise les symptômes générés suite à une longue période d'instabilité du film lacrymal. Ocuyal Gel protège, humidifie et lubrifie la cornée, il soulage l'irritation des yeux due à la sensation de sécheresse aiguë oculaire liée à un manque de larmes, facteurs environnementaux (poussière, pollution, pollens), ménopause, interventions chirurgicales et utilisation prolongée de lentilles de contact. Ocuyal Gel, grâce à l'acide hyaluronique, est également recommandé pour lubrifier et hydrater toute corne de

ISOPHARM

OCUYAL GEL

0,30%

99.50 DH

0,30%, acide borique, borax,
chlorure de sodium, eau
deminéralisée.

CONTENU

1 flacon de 10 ml
1 notice Dispositif médical

 **SCHALCON S.p.A.**
Viale Enrico Ortolan, 195
00125 ROMA Italy



OCUYAL GEL

GOUTTES OCULAIRES EN
GEL LUBRIFIANTES ET
APAISANTES À BASE D'ACIDE
HYALURONIQUE 0,30%

schalcon

10 ml