

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.

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

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° M21- 0034941

88843

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1543 Société : R. A. M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUSSOUS BACHIM

Date de naissance : 1-1-1951

Adresse : 1109 AHAL NO 1 Bd EL Fida Casa

Tél. : 0674-63-6278 Total des frais engagés : 1040,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59, Bd. Zorakouni Gess
Résidence Les Fleurs

Date de consultation : 01/08/2021

Nom et prénom du malade : OUSSOUS BACHIM Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Glaucome

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) : 29/01/21

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
01/03/21		C2	250917	Dr EL ASSAOUI Ophthamologue 59, Bd. Zerktouni Résidence Les Fleurs

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE CASABLANCA 160, Bd El Mahatta - Casablanca Tél: 05 22 88 09 70	25/03/21	799,80

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	

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

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"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

الدكتورة العسري حليمة

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le :

1/05/2021

OUSSEUS BRAHIN

127,5 x 3

1) Xolocon AS Pigne
1gt la Sur

91,30 x 3

2) AL phagoc AS Pigne (3)
1gt la motin

144,70 Traitement Se 3 mois

3) Visad AS Pigne (3)
1gt x 3 fois / 1 mois

799,60

صيدلية الدار البيضاء
PHARMACIE DE CASABLANCA
160, Bd El Mahatta - Casablanca
Tel: 05 22 80 09 70

Dr. EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59, Bd. Zerketouni
Résidence les Fleurs

05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37 : الهاتف « إقامة الزهور » 59. شارع الزركطوني - CASABLANCA

" Résidence les Fleurs " 59, Bd. Zerketouni - CASABLANCA Tel : 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37



LOT/EXP.:
DR7516
DP3430
02/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DR7516
DP3430
02/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DR7516
DP3430
02/2023
PPV 127DH00

**SYNTHEMEDIC**22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca**P.P.C:144.10**

Lubricant eye drops

en

INSTRUCTIONS FOR USE

VISMED® MULTI

Sodium hyaluronate from fermentation 0.18 %.

Lubricant eye drops.

Sterile, free from preservatives.

Composition:

1 ml solution contains sodium hyaluronate 1.8 mg, sodium chloride, potassium chloride, disodium phosphate, sodium citrate, magnesium chloride, calcium chloride and purified water. The solution is hypotonic.

Indications:

For lubrication of the eyes in case of sensation of dryness, burning and ocular fatigue and other minor complaints of no pathological significance induced, for example, by dust, smoke, dry heat, air conditioning, wind, cold, extended computer screen use or contact lens wear (rigid or soft).

Contra-indications:

Individual hypersensitivity to any constituent of the product.

Interactions:

Do not use VISMED® MULTI at the same time as any drug or other product applied to the eye since it may modify their effects.

Side effects:

On very rare occasions transient disorders such as irritation of the conjunctiva, foreign body sensation, redness or burning sensation of the eye, short-term blurred vision may occur.

Dosage and administration:

Tear off the tamper-evident seal before the first administration.

often as needed. After blinking, the solution will disperse and form a transparent and long lasting coating on the surface of the eye. VISMED® MULTI may also be used while wearing contact lenses (rigid or soft).

Precautions:

Do not touch the tip of the opened container and do not touch the surface of the eye with the tip of the opened container. Put the protective cap back on after using VISMED® MULTI. Do not use VISMED® MULTI if the container is damaged. VISMED® MULTI can be used up to 3 months after first use. Any solution not used within 3 months after opening must be discarded. Otherwise the sterility is no longer guaranteed and this may be associated with a risk of infection.

Store below 30 °C! Do not use VISMED® MULTI after the expiry date indicated on the container and the folding box. If discomfort persists while using VISMED® MULTI consult a physician. Keep out of reach of children.

Characteristics and mode of action:

VISMED® MULTI contains sodium hyaluronate, a natural polymer, which is also present in the structures of the human eye. The particular physical characteristics of sodium hyaluronate confer to VISMED® MULTI its viscoelastic and water retaining properties. VISMED® MULTI provides a stable coating on the surface of the eye which is only slowly eliminated by blinking. Therefore VISMED® MULTI combines long lasting relief with maximum comfort. VISMED® MULTI is well tolerated due to its unique composition. VISMED® MULTI is free from preservatives.

Presentation: 10 ml solution in a multidose container.

Last revision date: 2017-11

Legend to the illustrations 1, 4:

☐ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<i>Dr EL ASRI HAJIMA</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>OUSSOUS BAHIN</i>
Présente	<i>Glaucoma C Simple</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<i>Se soigner avec XOPROLOL + ALPHAGOL</i>
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	