

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-634436

pas courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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° W21-634436

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).

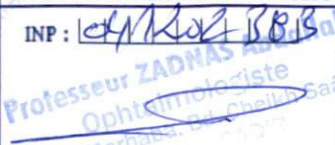
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :


Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
13/09/21	C2		300 DH	INP : 


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/21	58.00 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/09/21		2	1		5600 DH

INPE: 043019114

VOLET ADHERENT

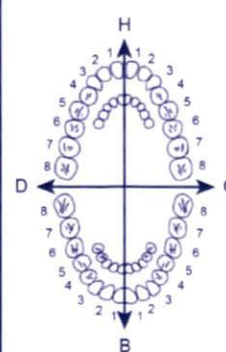
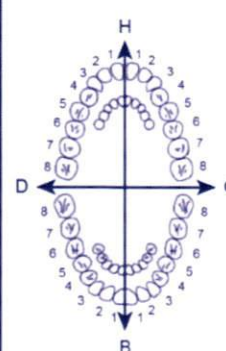
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 colspan="2">D</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> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

Agadir, le lundi 13 septembre 2021 جراحة الشبكية

BELJIDZaina

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

68.00

- INDOCOLLYRE(fl.) 0.1 % (Indométacine)

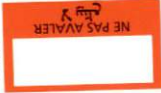
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois



58.00

PHARMACIE LOTFI
Khalil LOTFI
Docteur en Pharmacie
14, Rue El Kawakibi Cité Dahla - AGADIR
Tél : 05 28 23 90 09

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi
Talborjt - Agadir



INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice intérieure
 Le médicament doit être conservé à une température intérieure à 25°C.
 NE PAS INJECTER / NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS
 Liste I / قائمة

حالات الاستعمال، التحذير

الخطوة الأولى: العلاج

لا يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة أعلى من 25°م.
 لا يجوز الاحتفاظ به أكثر من 15 يوم بعد فتح العبوة.
 لا يحقن / لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

INDOCOLLYRE® est une marque déposée de
 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

الدرجات النادرة لها.

INDOCOLLYRE 0.1% LOT/عيار H7023
 Collyre 5ml تاريخ الانتهاء / FAB 03-2021
 ZENITH PHARMA تاريخ الصلاحية / EXP 08-2022
 AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS



Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

HONORAIRE CONSULTATION N° 749/2021

Le : 13/09/2021

NOM ET PRENOM : BELJID ZAINA

ACTE C2 : CONSULTATION+ FOND D'OEIL

HONORAIRE CONSULTATION 300 DHS

TROIS CENT DIRHAMS ESPECE

ICE : 001717223000009

*Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba et Chaikh Saâdi*

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

Agadir, le lundi 13 septembre 2021

BELJIDZaina

PROGRESSIFS Organiques + monture

Oeil Droit : $(70^{\circ} - 0,75) + 2,00$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(70^{\circ} - 0,75) + 1,50$, Addition + 3,00

ANTI-REFLET

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

MARON OPTIQUE
OPTIQUE
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi
05 28 84 43 78

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi
05 28 84 43 78

Marone Optique

maroneoptique@yahoo.fr

RIB 101 010 2121178919410005 65

Imm IFRANE II N° 9 Av HASSAN II Q.I

80000 AGADIR

Tél: 05 28 82 82 64

Fax: 05 28 82 82 64

Mme ZAINA BELJID

FACTURE N° : F21/1214

Date : 14/09/2021

Désignation	Qté	Prix unit.		Valeur	TVA
PROGRESSIF ORGANIQUE 1.6 N 10	1	2000.00		2000.00	20.0
PROGRESSIF ORGANIQUE 1.6 N10	1	2000.00		2000.00	20.0
MONTURE	1	1600.00		1600.00	20.0
Corrections :					
VL D. Sph: -0.75 Cyl: +2.00 Axe: 70° Add: +3.00					
VL G. Sph: -0.75 Cyl: +1.50 Axe: 70° Add: +3.00					
VP D. Sph: +2.25 Cyl: +2.00 Axe: 70°					
VP G. Sph: +2.25 Cyl: +1.00 Axe: 70°					
Total	3			5600.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
4666.67	933.33	5600.00	5600.00	0.00 Dh

MARONE OPTIQUE
OPTEICN - 1214
Imm. IFRANE II N° 9 Av. Hassan II
80000 AGADIR - Tél: 05 28 82 82 64