

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-671629

95899

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1825 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Selami Abdelhak  
 Date de naissance : 1936  
 Adresse : Habitude  
 Tél : 0661564793 Total des frais engagés : 505,20 MAD

Cadre réservé au Médecin Dr. REZKI SIRINE

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 13 DEC. 2021  
 Nom et prénom du malade : Ben salmia zoubida 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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : Ben salmia zoubida Le : 13 DEC 2021  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
13 DEC 2021	1 C/S + F			INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/21	205,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

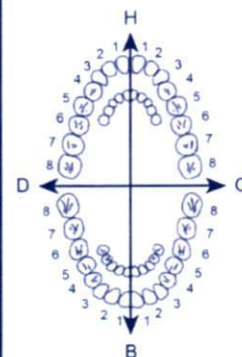
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

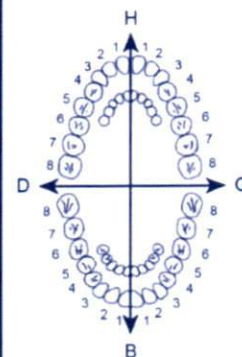
# VOLET ADHERENT

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

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



Travaux	Soins

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
		B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



## الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 أغسطس بالدار البيضاء

جراحة الجلالة بالصدى، تصحيح البصر بالليزر

تصوير الانوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، فحص الشبكية

ZENITH PHARMA

PPC: 37,20 DH

13 décembre 2021

Mme BENSALMIA Zoubida

### FLORAVISION

goutte 4/jours, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

### INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

### PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5 ML GN

lavage oculaire en cas de démangeaisons, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

le	he	Ph	SO	SS	ST	Co	Ca	bu	lik	ES	CO	Me
FLORAVISION												
PPC: 110.00												
UtAv						Lot						
06/23						20675						

زواية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39/Whatsapp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com



**BAUSCH + LOMB**  
**LABORATOIRE CHAUVIN**

**INDOCOLLYRE® 0,1%**

Indométacine  
collyre en solution



INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبار

FAB/تاريخ الإنتاج

EXP/تاريخ الانتهاء

H7419

06-2021

11-2022



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.**

**Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin.**

**Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.**

**Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à personne d'autre.**

**Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.**

- La substance active est l'indométacine, (5 mg pour 5 ml).
- Les autres composants sont le thiomersal, l'hydroxypropylbétacyclodextrine, l'arginine, solution diluée d'acide chlorhydrique 1M, l'eau purifiée q.s.p. 5 ml.

**Liste des excipients à effet notoire : Thiomersal (0,5mg)**

Flacon de 5 ml.

**Détenteur de la DE/ de l'AMM :**

**LABORATOIRE CHAUVIN**

416, rue Samuel Morse – CS 99535

34961 Montpellier Cedex 2

France

**Distribué au Maroc par:**

**Zenith pharma**

**96, Zone Industrielle.**

**Tassila Inezgane.**

**Agadir Maroc**

**Nom et adresse du fabricant et conditionneur:**

**LABORATOIRE CHAUVIN**

**Z.I. Ripotier Haut**

**07200 AUBENAS – France**

**INDOCOLLYRE® 0,1 %, collyre en solution contient du Thiomersal.**

**3. COMMENT UTILISER INDOCOLLYRE® 0,1 % collyre en solution?**

A titre indicatif, la posologie chez l'adulte est de :

- inhibition du myosis per-opératoire : 4 gouttes la veille de l'intervention, 4 gouttes dans les 3 heures qui précèdent l'intervention
- prévention des manifestations inflammatoires liées aux interventions chirurgicales de la cataracte et du segment antérieur de l'œil : 1 goutte, 4 à 6 fois par jour jusqu'à complète disparition de la symptomatologie en débutant le traitement 24 heures avant l'intervention ;
- traitement des manifestations douloureuses oculaires liées à la kératectomie photoréfractive au cours des premiers jours post-