

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-687380

117831

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 672 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : Sebt Abdellah

Date de naissance : .....

Adresse : 27 Allée de la ... Casablanca

Tél. : 061393624 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04/22

Nom et prénom du malade : SEBT Abdellah Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) : .....

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
12.04.22	CS & K5		350,00	INP : 01070904930

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/4/2022	

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
<b>Important :</b> Veuillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25633412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25633412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																								
	25633412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
35533411	11433553																								
B																									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

الدكتورة مريم العمراني  
متخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس  
**Docteur Maryem LAMRANI**

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris  
Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris*

Casablanca, le 20/04/2022

SEBTI Abdelali



5800  
42  
Instiller dans l'œil gauche,

INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour pendant 30 jours



Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
48, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

احفظ في مكان جاف بعيدا عن الضوء  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

COMPOSITION : Indométacine : 0,10 g  
Excipient (thiomersal, arginine, hydroxypropylbetacyclodextrine,  
acide chlorhydrique concentré, eau purifiée) q.s.p. 100 ml  
Expirent à effet noircissement.

التعليمات :  
الجرعة : 0,10 غ  
الجرعة : 0,10 غ  
الجرعة : 0,10 غ

الجرعة : 0,10 غ  
الجرعة : 0,10 غ  
الجرعة : 0,10 غ

Flacon de 5 ml / 5 ml / 5 ml  
كل زجاجة 5 مل / 5 مل / 5 مل  
كل زجاجة 5 مل / 5 مل / 5 مل

Uniquement sur ordonnance  
فقط بوصفة طبية  
فقط بوصفة طبية

AMM France n° / AMM France n° / AMM France n°  
341 953 89 / 341 953 89 / 341 953 89  
AMM Tunisie n° / AMM Tunisie n° / AMM Tunisie n°  
5283121 / 5283121 / 5283121  
Nom et adresse du fabricant et  
conditionnement  
صاحب حقول التصنيع و  
معلومات التعبئة :  
LABORATOIRE CHAUVIN  
416, rue Samuel Morel - CS 99535  
Z.I. Ripper Haut  
07200 AUBREMS - France

PPV : 58,00 DHS  
6118001270088

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
ZENITH PHARMA  
FAB/ تاريخ تصنيع : 06-2021  
LOT/ عبوة : H7516  
Collyre 5ml  
INDOCOLLYRE 0,1%

INDOCOLLYRE® 0,1%  
collyre en solution

AT: 86272  
CIDZMATN02

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice inférieure  
à 25°C. Ne pas conserver à une température inférieure  
à 25°C. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure  
à 25°C. Ne pas conserver au-delà de 15 jours après ouverture du flacon.  
NE PAS INJECTER / NE LASSER NI LA PORTÉE, NI LA VUE DES ENFANTS



NE PAS AVALER  
لا يتناول  
لا يتناول

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

INDOCOLLYRE® 0,1%  
اندوكولير® 0,1%

Indométacine / اندومتاسين  
collyre en solution / قطرات  
الاندومتاسين / قطرات

LABORATOIRE CHAUVIN  
BAUSCH + LOMB

14

اندوكولير® 0,1%  
قطرات اندومتاسين