

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 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

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° P19- 056939

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 121720 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MR TMOULIK MR JAWAL ELHE
 Date de naissance : 24 SEP 1955
 Adresse : RABAT
 Tél. : 0661 18 218 1 Total des frais engagés : #435# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/06/2022
 Nom et prénom du malade : TMOULIK MR JAWAL ELHE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Conjointe Allergique
 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 : 08/06/2022

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
8/6/22	CD		300DA	Dr. EL FADILI Ophthéalmologiste 10, B. Rue Bat Lahem, Agdal Rabat - Tél: 05 37 73 44 17 GSM: 06 63 71 65 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GALAXY SANTE Dr ELFADILI Avenue Mohammed Belhassani Elouazzani Rabat - Tél: 05 37 63 60 56	8.6.22	135,60

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

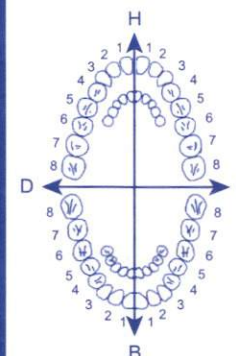
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

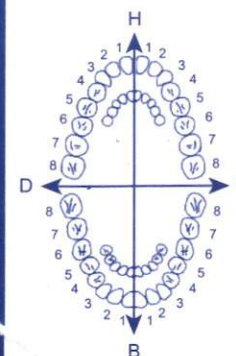
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECUTION



Rabat, le 08 juin 2022

Mr. TMOULIK Mohamed Jamal
Eddine

1/ OCUSERUM

lavage oculaire 8 fois par jour pdt 8 jours puis 2 fois par jour
dans l'œil droit

2/ ZALERG COLLYRE

1 goutte matin et soir, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

3/ AZYTER

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours, dans l'œil droit

PHARMACIE GALAXY SANTE

Dr ELFADILI

Avenue Mohammed Belhassan Elouazzani

Rabat - Tél: 05 37 63 60 56

Dr. Omar LEZREK
Ophtalmologiste
B.B. Rue Bait Lahem, Appt. N°4
Rabat - Tél.: 06 37 73 44 17
GSM: 06 63 71 65 75

Angle Avenue Mohamed V Rue Bait Lahem, Imm B Appt N°4, 2 étage-Rabat (Près de la Gare Rabat Ville)

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة بيت لحم، عمارة "ب" شقة رقم 4، الطابق الثاني الرباط (قرب محطة القطار الرباط المدينة)

Email: lazrakophthalmo@gmail.com

Tel/Fax: 0537734417

GSM: 0663716575

Zalerg 0,25 mg/ml

Date de première ouverture

تاريخ الفتح لأول مرة

FR Collyre en solution

Flacon de 5 ml
(au minimum 150 gouttes)

Composition :

Kétotifène.....0,250 mg
Sous forme d'hydrogénéofumarate
de kétotifène.....0,345 mg

Pour 1 ml

Liste des excipients :

Glycérol, hydroxyde de sodium
(ajustement du pH), eau pour
préparations injectables

VOIE OPHTHALMIQUE

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA
PORTÉE DES ENFANTS.

Durée de conservation après la
première ouverture : 3 mois

Fabricant :

FARMILA THEA FARMACEUTICI SpA
Via Enico Fermi, 50
20019 SETTIMO MILANESE (MI)
ITALIE



NIVEAU 1

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

MA

Enreg. MA : 249/2020 DMP/21 /NRQd



ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



 **Thea**

Composition :

solution stérile de chlorure de sodium 0,9%

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C

OCUSERUM[®]
Chlorure de sodium 0,9 %

20 Unidoses 5 ml

P.P.C : 59,90 DH



6 118002 060053

OCUSERUM[®]: AMM N° 2896/8523/2016/DMP/20/DM



STERILE A

CE 0318