

# 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° M21- 0052227

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : 124633  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : EL SAFI Tonja  
 Date de naissance : 10/12/1955  
 Adresse : 231, Bd Yacoub El Mansoury  
 Tél : 066132137 Total des frais engagés : 574,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

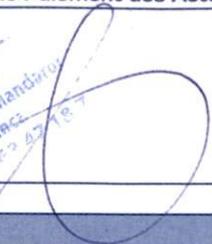
Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 28 Juin 2022  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Vie de Refractive  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, 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 : Casablanca le 01/07/22 Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-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
8 Juil 2022	Csoph		350,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/07/2022	224,10

### 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	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.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
B																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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

Dr WAFI MIRIAM  
Ophthalmologiste



الدكتورة وافي مريم  
أخصائية أمراض وجراحة العين

Specialité Medico-Chirurgicale  
(Université Hassan II-Casablanca)

Diplôme de Chirurgie Refractive  
et Phacoémulsification (Toulouse)

Diplôme de Strabologie / Oculomotricité (Nantes)

Diplôme de Contactologie / Lentilles de Contact (Bordeaux)

Capacité de Medecine Aérospatiale (Paris V)

Diplôme d'OCT / Ophthalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire

دكتوراة الطب و التخصص

(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

دبلوم تصحيح النظر بالليزر

وجراحة الجلالة ( تولوز )

دبلوم علاج وجراحة الحول (نانت)

دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة ( بوردو )

دبلوم طب الطيران ( باريس V )

فحص الشبكية بالموجات الضوئية OCT ( بوردو )

الفحص الطبي / رخصة السياقة

## ORDONNANCE

el SAFIA TOURIA

147,00

Thealose coll: ou Aqualarm coll 8-Juillet 2022

2-3 fois/jour pdt 3 mois / à renouveler

77,10

Dexafree coll

2 flj x 10j

224,10

صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa  
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 74 74 51

Imm 858, Lot 158. Bd el Qods, 3<sup>ème</sup> étage (En face Agence Maroc Telecom), Mandarona - Casablanca

عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام وكالة إتصالات المغرب)، منظرنا البيضاء

Tel: 05 22 50 65 65 - Gsm : [REDACTED] / 06 63 47 18 70- E-mail : wafioph@gmail.com



# Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unitaire

Boîte de **30** récipients unitaires de 0,4 ml

## ديكسافري 1 ملغ/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة  
وعاء أوعية أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل.  
علبة تحتوي على **30**

Sans conservateur

بدون مواد حافظة

Théa

AR

### التركيبة

فوسفات الديكساميتازون..... 1 ملغ  
في شكل فوسفات الصودي  
الديكساميتازون ل 1 مل من المحلول.

### قائمة السواغ

ايديتات ثنائي الصوديوم، فوسفات ثنائي الصوديوم  
الاثني عشر الاماهة، كلوريد الصوديوم و ماء  
لتحضير الحقن  
عن طريق العين.



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

### FR COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone..... 1 mg  
Sous forme de phosphate sodique de  
dexaméthasone pour 1 ml de solution.

### LISTE DES EXCIPIENTS

Edétate disodique, phosphate disodique  
dodécahydraté, chlorure de sodium, eau pour  
préparations injectables.

Voie ophtalmique.

25°C

STERILE A



تاريخ أول فتح

Date de première ouverture

# تياالوز<sup>®</sup>

تريالوز 3 %

هياالورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين

يحمي، يمييه ويزلق سطح  
العين

10 مل

بدون مادة حافظة



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

MA

VR2762C10MMAR/0919



Théa CF