

# 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° M21- 0059030

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 48722

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

Date de naissance : 24.04.53

Adresse : Rue KERGOUMARD Résidence AMBAR  
Imm 3 App 9 AIN DIAB CASABLANCA

Tél. : 06 61 318652 Total des frais engagés : 507,70 DH

Cadre réservé au Médecin

**Docteur CHELLY Chafik**  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Imm. Flat)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70  
05 22 98 47 84  
INPE : 091040931

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/09/2022

Nom et prénom du malade : LAZRAK Saad

Age : 69 ans

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 22/09/2022

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
22/09/22	CS	1	300 00	Docteur CHENY CHAFIK Ophtalmologiste 82, Rue Soumaya - Casablanca Quartier des Palmiers - 2025 83 70 Tél : 05 22 23 30 22 / 05 22 23 30 22 INPE : 891049931

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22/09/22	20770	PHARMACIE SIDI ADDERRAHMANE 15, 16 Rue Kersanton Résidence Antel Casablanca - Tél: 0522 79 79 01

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

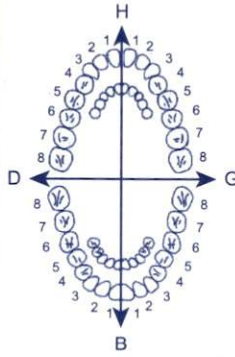
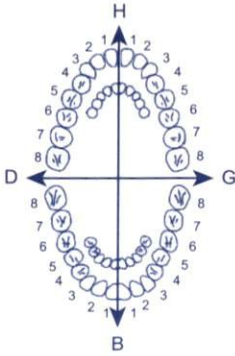
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

# Docteur CHELLY Chafik

## Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille  
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme  
Voies lacrymales - Réfractive - Kératocône  
Toutes explorations ophtalmologiques

# الدكتور الشلي شفيق

## أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا  
جراحة المياه البيضاء - الحول  
القناة الدمعية - إزالة النظرات - القرنية المخروطية  
جميع فحوصات العين

22 septembre 2022

Monsieur LAZRAK Saad

117,00

### - ZYLET COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

### - OPATANOL COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois

90,70

207,70



PHARMACIE SIDI ABDELLAHMANE  
SKIREDA Roukia  
16, Rue Velizy  
Résidence Ambani - Casablanca  
Tél : 022 79 79 01

Docteur CHELLY Chafik  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 25 83 70 / 05 22 25 83 70  
05 22 98 47 84  
INPE : 09 10 40 93 1

82, rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2<sup>ème</sup> étage - Palmiers - Casablanca

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 - Whatsapp : 06 52.10.00.12

82, زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2

عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي النخيل - الدار البيضاء

☎ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

مستعجلات : 06 61.33.04.44 : 06 52.10.00.12

Voie oculaire.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Jeter 4 semaines après la première ouverture.

Ouvert le : قفتح في

Composition :

Chlorure de benzalkonium,  
chlorure de sodium, phosphate  
disodique dodécahydraté, acide  
chlorhydrique et/ou hydroxyde de  
sodium (ajustement du pH) et eau  
purifiée

Excipient à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium

التركيبية:

كلوريد البنز الكونيوم، كلوريد الصوديوم،  
نوديكا هيدرات ثنائي فوسفات الصوديوم ،  
حمض الهيدروكلوريك و / أو هيدروكسيد  
الصوديوم والماء المصفى.

سواغ ذو تأثير معروف

كلوريد البنز الكونيوم

Fabricant :

Alcon-Couvreur N. V, Rijksweg 14,  
B-2870 Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A, Camil Fabra 58,  
08320 El Masnou, Espagne

NOVARTIS

© 2010, 2014 Novartis

# Opatanol® أوباتانول

1 mg/ml  
مل/ملي

collyre en solution

محلول قطرات العين

Olopatadine

1 mL de solution contient

1 mg d'olopatadine

(sous forme de chlorhydrate).

1 مل من المحلول يحتوي على

1 ملغ من الأوباتادين

(على شكل هيدروكلوريد)

1 flacon

de 5 ml

1 قارورة من

فنة 5 مل

Titulaire de l'AMM au Maroc :  
صاحب رخصة التسويق بالمغرب  
Laboratoire SOTHEMA  
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc  
Sous licence des Laboratoires  
Novartis



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ  
PPV : 90,70 DHS



407253 MA



Tableau A (liste I) - UNIQUEMENT SUR  
ORDONNANCE

جدول أ (اللائحة ١) - بصرف فقط بموجب  
وصفة طبية



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

كن حذرا - لا تقطع القيادة دون قراءة النشرة

عن طريق العين

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيدا عن مرآى و متناول الأطفال

يؤخذ 4 أسابيع بعد الفتح الأول



NE LAISSER NI A LA PORTEE  
NI A LA VUE DES ENFANTS

لا يترك في متناول أو تحت نظر  
الأطفال

**Conservation :**

Conservé en position  
verticale entre 15°C  
et 25°C

**NE PAS CONGELER.**

الحفظ :

تحفظ القارورة في وضع  
عمودي مابين 15 و 25  
درجة حرارة مؤوية  
لا يجمد.

Jeter le flacon 16 jours  
après sa date d'ouverture.  
يجب رمي القارورة 16 يوما  
بعد تاريخ فتحها.

**A UTILISER UNIQUEMENT  
SI LA BAGUE IMPRIMEE  
EST INTACTE**

لا يستعمل إلا إذا كانت  
الحلقة المطبوعة سليمة

**Détenteur de la DE/Titulaire  
de l'AMM**

صاحب مقرر التسجيل / حامل الرخصة :

Bausch & Lomb, Incorporated  
400 Somerset Corporate Boulevard  
Bridgewater, NJ 08807 USA

**Fabricant :**

Bausch & Lomb, Incorporated  
8500 Hidden River Parkway  
Tampa, Florida 33637 USA

رخصة المغرب رقم / AMM Maroc N°  
68/2020/DMP/21/NRQDNM

**BAUSCH + LOMB**

**ZYLET®**

Etabonate de lotéprednol 0.5% et  
tobramycine 0.3%

Collyre en suspension **زايلات**

إيتابونات اللوتيريدنول 0.5%  
و توبراميسين 0.3%  
مستعلق للعين

**Exclusivement sur prescription  
médicale  
Stérile  
5 mL**

يصرف بموجب وصفة طبية فقط  
معقم  
5 مل

رقم الحصة : Lot n° :

تاريخ الإنتاج : Date fab. :

تاريخ الانتهاء : Date Exp. :

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**احترموا المقادير المحددة**

ZYLET est une marque  
déposée de Bausch & Lomb  
Incorporated ou de ses  
filiales.

© 2020 Bausch & Lomb  
Incorporated ou de ses  
filiales.

زايلات علامة مسجلة  
لشركة Bausch & Lomb  
Incorporated أو الشركات  
التابعة لها.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated أو  
الشركات التابعة لها.



C1MA01  
9682701  
L035807

**1 mL contient:**

**PRINCIPES ACTIFS:** Etabonate de lotéprednol  
5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)

**EXCIPIENTS :** Edétate disodique, glycérine,  
povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure  
de benzalkonium.

Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium  
pouvant être ajouté pour ajuster le pH.

يحتوي كل 1 مل على:

**مواد فعالة:** إيتابونات اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)  
و توبراميسين 3 مغ (0.3%)

السواغات: إيدينات ثنائي الصوديوم، غليسيرين،  
بوفيدون، ماء مطهر، تيلوكسابول، و كلوريد  
البنزالكونيوم. يمكن إضافة حمض السلفوريك  
و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل ال pH.

**Excipient à effet notoire :**

Chlorure de benzalkonium 0.01%.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم 0.01%.

**جدول أ (قائمة أ)**

**POSOLOGIE :** Lire attentivement la  
notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

**AGITER VIGOREUSEMENT** **ترج القارورة بقوة**  
**AVANT UTILISATION** **قبل الاستعمال**

**POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.**

للاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma

PPV = 117,00 DHS



31912-1

13