

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-768065

139633

en

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8495

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSAL HI ABDELAZIZ

Date de naissance :

14 MAIS 1965

Adresse :

h 1055 Toulon

Tél. :

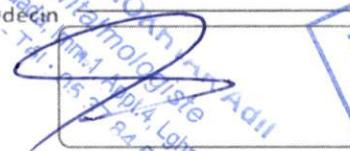
0665238516

Total des frais engagés :

dh 1687

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection cœclien

En cas d'accident précisez les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/11/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-768065

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

#### **RELEVE 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
22.10.			25000	INP : 10/10/2018
2022				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR MEKOULAR VOUSSOUR S.A.S AGENCE DE ID MOSSI TUNISIE 2 MARS 2011</i>	22/10/22	237,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **VIOLET ADHERENT**

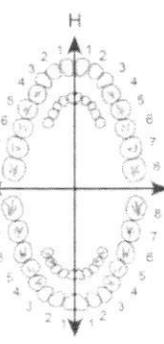
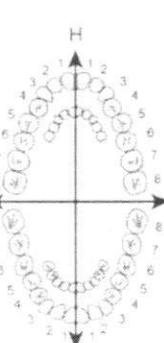
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVE 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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'EXI

## Dr. BEL MOKHTAR Adil'

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

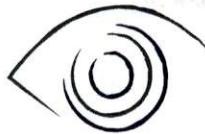
## **Chirurgien Ophtalmologiste**

**Maladie et Chirurgie des yeux**

**Chirurgie de la Cataracte (phaco)**

**Angio-Laser , OCT, IVT**

**Ophtalmologie Pédiatrique**



## **د. بن المختار عادل**

خريج كلية الطب بالرباط وباريس  
طبيب سابق بمستشفي الاختصاصات بالرباط

## **أخصائي في طب و جراحة العيون**

**أمراض و جراحة العيون**

**جراحة الجلاة (الفاكتور)**

**التصوير بالأشعة و الليزر**

**طب عيون الأطفال**

**22 octobre 2022**

**Mme HAJI OUISSAL**

### THEALOSE: COLLYRE

1 goutte 4 à 6 fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Opalose

### OPATANOL

1gtte\*2/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

T  
2 37.70

DR. BELMOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada, Imm1, Appt4 Lghrablia  
Salé - Tél : 0537 84 54 43

Théa C€ 0459

بدون مادة حافظة

10 مل



VR2762C10MAR/0919

MA

3662042003295

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

STERILE A

تاریخ اول فتح  
Date de première ouverture



تيالورز<sup>®</sup>

تيالورز 3 %  
هيلورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين

العين  
يجمي، يعييه ويزيلق سطح

Titulaire de l'AMM au Maroc :  
صاحب رخصة التسويق بالمغرب  
Laboratoire SOTHEMA  
B.P N° 1.27182 Bouskoura-Maroc  
Sous licence des Laboratoires  
Novartis



6 118001070442

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol® 1 mg/ml collyre en solution

Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ

PPV : 90,70 DHS



407253 MA

NE PAS MÉLANGER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
يُنصح بالانتباه إلى  
الجرعات الموصى بها  
وتحذيرات الطبيب

Tableau A (liste I) - UNIQUEMENT SUR  
ORDONNANCE  
Niveau 1  
جدول A (لائحة I) - بحسب فظمة  
طبية  
دون  
نحو  
بيان

Soyez prudent

Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice



NIVEAU 1

عن طريق الماء  
في حالة الطوارئ  
أولاً الشفاف الإسعاف  
بطقطط بعينه عن عرق أو متناول الأطفال  
بروس 4 لتسريع بعد الفتح الأول

# Opatano®

أوباتانول

1 mg/ml  
collyre en solution

محلول قطرات العين

Olopatadine

1 mL de solution contient  
1 mg d'olopatadine  
(sous forme de chlorhydrate).

1 مل من محلول يحتوى على

1 مل من الألوپاتادین

(على شكل هیدروکلوراید)

1 flacon  
de 5 ml  
1 قرورة من  
5 ml

©2010, 2014 Novartis

NOVARTIS



Nabil Zahri

Opticien Optométriste  
Spécialiste en  
Lentilles De Contacte

Salé, le .....

25 Octo 2022

Facture

009352

M. HAJI  
OUISSAL

Dr. INP  
1050 10672

VISION LOIN

OD : Sph plan Cyl -0,50 Axe 177

OG : Sph plan Cyl -0,50 Axe 154

VISION PRES

Add +2,25

Add +2,25

Désignation

2 Monture : céramique + plastique  
5 Verres : organique Antireflet VL VP

Lentilles :

Observation :

Prix

500 DHT

400 DHT

Cachet - Signature :

TOTAL

1200 DHT



25 Octo 2022

MONTANT ( en lettres )

Mille deux cent  
dixhams

## **Dr. BEL MOKHTAR Adil'**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

## **Chirurgien Ophtalmologiste**

**Maladie et Chirurgie des yeux**

**Chirurgie de la Cataracte (phaco)**

**Angio-Laser , OCT, IVT**

**Ophtalmologie Pédiatrique**



## **د. بن المختار عادل**

خريج كلية الطب بباريس وباريس  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بباريس

## **أخصائي في طب و جراحة العيون**

**أمراض و جراحة العيون**

**جراحة الجلاة (الفاكتور)**

**التصوير بالأشعة و الليزر**

**طب عيون الأطفال**

**22 octobre 2022**

**Mme HAJI OUISSAL**

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs**

**Organiques Antireflets**

**VL : OD = (- 0.50 à 177°)**

**OG = (- 0.50 à 154°)**

**2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs**

**VP : ODG = Add : + 2.25**



*Dr. BEL MOKHTAR Adil,  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada, imm.1, App.4, Lghrablia  
Salé - Tél: 05.37.04.54.43*