

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 067797

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 212 Société : RAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMZA ZAHRA

Date de naissance : 1948

Adresse : B-50 N°42 SIDI OTHMANE

CASABLANCA

Tél : 06 72 13 60 56 Total des frais engagés : 717,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/23

Nom et prénom du malade : HAMZA ZAHRA Age : 1948

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cataracte + rétinopathie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

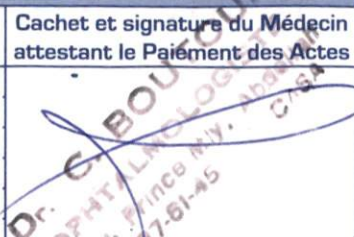
- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



### 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
03	C		300	
01			+	
23	D234	K11	300	
			600	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/13	1111.90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

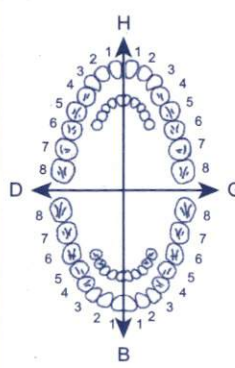
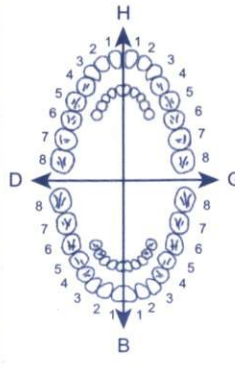
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canaux, 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<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 Chafiq BOUTOUR**

**OPHTALMOLOGISTE**

Lauréat de l'université de Limoges - France

Diplômé de micro-chirurgie oculaire

de l'université de Marseille - France

Ophthalmologiste des hopitaux de la région Bretagne

Assistant spécialiste au C.H.G. de Nevers - France

Ophthalmologiste des hopitaux militaires

Membre de la société française d'ophtalmologie

**الدكتور شفيق بوتور**

**أخصائي أمراض وجراحة العيون**

خريج جامعة ليون - فرنسا

دبلوم الجراحة المجهرية للعيون

من جامعة مرسيليا - فرنسا

أخصائي بمستشفيات جهة بريطانيا

أخصائي مساعد بالمستشفى العام نوفير - فرنسا

أخصائي بالمستشفيات العسكرية

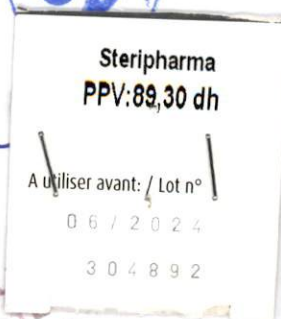
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

CASA, le 03.01.23 في البيضاء،

8930 hama Zohra

Azelastin: 1 x 4 j

2760 flm con 1 x 2 j



صيدلية نسرين  
PHARMACIE NISRINE  
Dr. Abdeljabbar HILLAL  
av 10 Mars Bloc 50 N°80 Sidi Othmane  
CASA - Tél : 05.22.57.77.03

Dr. C. BOUTOUR  
OPHTALMOLOGISTE  
12 Av. Prince Moulay Abdellah  
Tél: 27-61-45

Prochaine visite: ...../...../..... : الفحص المقبل

شارع الأمير مولاي عبد الله، رقم 12، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 61 45

Boulevard Prince Moulay Abdellah, n° 12, Casablanca - Tél. : 05 22 27 61 45





1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

**FLUCON®**, collyre  
Fluorométholone

b) COMPOSITION

Fluorométholone ..... 0,1 g  
Chlorure de benzalkonium ..... 0,01 g  
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium pour ajuster le pH, eau purifiée ..... q.s.p. 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE  
Collyre, flacon compte-gouttes de 3 ml.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE  
CORTICOIDES

e) NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE / EXPLOITANT  
Laboratoires ALCON  
4, Rue Henri Sainte-Clotilde  
33055 BORDEAUX

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

4420701008119  
Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 1030MP21N0V  
Laboratoires Alcon  
PPV : 22,60 DHS  
Remboursement AMO  
406965

DOCTEUR Chafiq BOUTOUR

OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de l'université de Limoges - France

Diplômé de micro-chirurgie oculaire

de l'université de Marseille - France

Ophtalmologiste des hopitaux de la région Bretagne

Assistant spécialiste au C.H.G. de Nevers - France

Ophtalmologiste des hopitaux militaires

Membre de la société française d'ophtalmologie

الدكتور شفيق بوتور

أخصائي أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة ليماوج - فرنسا

دبلوم الجراحة المجهرية للعيون

من جامعة مرسيليا - فرنسا

أخصائي بمستشفيات جهة بريطانيا

أخصائي مساعد بالمستشفى العام نوفير - فرنسا

أخصائي بالمستشفيات العسكرية

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

CASA, le 03-01-23 البيضاء، في

Intervention Zahra

Cyber vision Xamm

D234-K11

Notif: Bilan D.D.

consultation

→ D.D.G

→ P.P. P. aming

Dr. C. BOUTOUR  
OPHTALMOLOGISTE  
12 av. Prince Moulay Abdellah  
Tél: 27-61-45  
CASA

Prochaine visite:...../...../..... الفحص المقبل:

شارع الأمير مولاي عبد الله، رقم 12، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 61 45

Boulevard Prince Moulay Abdellah, n° 12, Casablanca - Tél. : 05 22 27 61 45