

# 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 312 ..... Société : ..... RAT .....  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : .....  
 Nom & Prénom : ..... HAMZA ZOHRA .....  
 Date de naissance : ..... 1948 .....  
 Adresse : ..... B-50 N°42 SIDI OTHMANE CASABLANCA .....  
 Tél. : 06.72.13.60.56 ..... Total des frais engagés : ..... 711.90 ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. C. BOUTOUR  
 OPHTHALMOLOGISTE  
 12 AV. Prince Moulay Abdellah  
 TÉL: 27-81-45 CASA 06 JAN. 2023

Date de consultation : ..... 03/01/23 .....  
 Nom et prénom du malade : ..... HAMZA ZOHRA ..... Age : ..... 1948 .....  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : ..... cataracte + rhinophym .....  
 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) : .....

#### **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
03.01.2021	C 2		300	
23.01.2021	DSH	K 1.1	300 600	Dr. BOUTEFLICKA M.Y. 17-81-45

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE NUSRINE diabbar HILAL, N°80 Sidi Othmane 22-57-77-03	03/03/13	111.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Each tooth is accompanied by a small circle containing a symbol representing orthodontic treatment or status:

- Upper Arch:**
  - Tooth 1: Circle with a vertical line.
  - Tooth 2: Circle with a horizontal line.
  - Tooth 3: Circle with a diagonal line.
  - Tooth 4: Circle with a cross.
  - Tooth 5: Circle with a vertical line.
  - Tooth 6: Circle with a horizontal line.
  - Tooth 7: Circle with a diagonal line.
  - Tooth 8: Circle with a cross.
- Lower Arch:**
  - Tooth 1: Circle with a vertical line.
  - Tooth 2: Circle with a horizontal line.
  - Tooth 3: Circle with a diagonal line.
  - Tooth 4: Circle with a cross.
  - Tooth 5: Circle with a vertical line.
  - Tooth 6: Circle with a horizontal line.
  - Tooth 7: Circle with a diagonal line.
  - Tooth 8: Circle with a cross.

A vertical arrow labeled **H** points upwards, and a horizontal arrow labeled **D** points to the right, indicating the direction of orthodontic movement.

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR Chafiq BOUTOUR**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Lauréat de l'université de Limoges - France

Diplômé de micro-chirurgie oculaire

de l'université de Marseille - France

Ophtalmologiste des hôpitaux de la région Bretagne

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

Ophtalmologiste des hôpitaux militaires

Membre de la société française d'ophtalmologie

**الدكتور شفيق بوتور**

أخصائي أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة ليموج - فرنسا

دبلوم الجراحة المجهريّة 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..... 03.01.2023 البيضاء، في.....



Steripharma  
PPV: 89,30 dh

A utiliser avant: / Lot n°

06/2024

304892

Dr. C. BOUTOUR  
OPHTHALMOLOGISTE  
12 Av. Prince M.Y. Abdellah  
Tél: 27-51-45

صيادلة نسرين  
PHARMACIE NISRINE  
Dr. Abdeljabbar HILLAL  
10 Mars Bloc 50 N°80 Sidi Othmane  
CASA - Tél: 05 22 57 77 03

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

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

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 pourrez avoir besoin de la relire.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

a) DENOMINATION  
1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

FLUCON<sup>®</sup>, collyre  
Flurométholone

b) COMPOSITION

Flurométholone ..... 0,1 g  
Chlorure de benzalkonium ..... 0,01 g  
Phosphate monosodique ..... 0,01 g  
Chlorure de sodium ..... q.s.p. 100 ml  
Sodium pour ajuster le pH, eau purifiée ..... q.s.p. 100 ml

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

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE  
CORTICOÏDES

e) NOM ET ADRESSE DU TITULARIRE / EXPLOITANT  
Laboratoires ALCON

4,00562 PUELL Henri Sainte-Claire Deschanel  
4, Avenue du Général de Gaulle  
92390 Suresnes



**DOCTEUR Chafiq BOUTOUR**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Lauréat de l'université de Limoges - France

Diplômé de micro-chirurgie oculaire

de l'université de Marseille - France

Ophtalmologiste des hôpitaux de la région Bretagne

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

Ophtalmologiste des hôpitaux militaires

Membre de la société française d'ophtalmologie

**الدكتور شفيق بوتور**

**أخصائي أمراض وجراحة العيون**

خريج جامعة ليموج - فرنسا

دبلوم الجراحة المجهزة 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

*Mr. Zahr  
 Dr. Zahr Ramy  
 Dr. Zahr Ramy*

*→ endos cataracte  
 → IOL  
 → p. amygdales*

*Dr. C. BOUTOUR  
 OPHTHALMOLOGISTE  
 12 AV. PRINCE M. Abdellah  
 TEL: 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