

# 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.

## Prothésaire :

- 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

déclaration : contact@mupras.com  
prise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

**S :** 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° P19- 0014796

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1857 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : NOR Aicha Date de naissance : 1/1/1950  
Adresse : 27, Rue Soufiane El Ghazal, Casablanca  
Tél : 06 41 45 59 91 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49  
Date de consultation : 02/09/2019  
Nom et prénom du malade : Mr NOR Aicha Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cataracte bilatérale  
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 : 02/09/2019  
Signature de l'adhérent(e) :



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
02/09/2019	US		2500DH	<p>Dr. Ghizlane OUKACH            SPECIALISTE OPHTALMOLOGIS            39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage            Maarif Extension 20370 - Casablanca            Tel: 05 22 43 55 39 - Fax: 05 22 23 5</p>

[illegible][illegible]

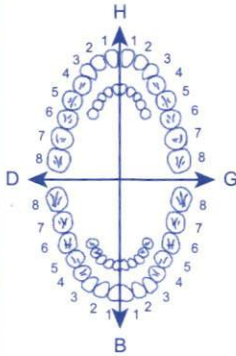
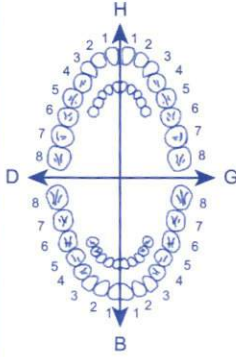
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
				Montants des Soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">G</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">D —————</td> <td style="padding: 2px 10px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D —————	B	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D —————	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'exécution <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>														
	<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>														
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحق سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة - جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على القيادة

Casablanca, le .....

02/09/2019

M<sup>e</sup> NOR Atcha:

Dans le report

1/ Zyeal colly 117,00  
1st + 3<sup>e</sup> pot 10 jrs

2/ Larmolab colly 54,10 x 2  
1st x 3<sup>e</sup> (3 mns)  
225,20

PHARMACIE DES STIL 35 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tel.: 05 22 25 49 25  
R.C.: 245509 - Pte.: 35873000  
T.F.: 40 336 642

Dr. Ghizlane OUKACHA  
OPHTALMOLOGISTE

39, Rue Al Fourat - Maarif extension, 20370 - Casablanca  
05 22 23 55 59/49

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

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

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

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



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

Collyre en Suspension Stérile  
5 ml

يصرف بموجب وصفة طبية فقط  
مستعلق للعين معقم

5 مل

Lot n° :  
Date fab. :  
Exp. :

رقم الحصة:  
تاريخ الإنتاج:  
تاريخ الانتهاء:



Zylet est une marque  
déposée de

زايلات هو علامة  
مسجلة لشركة

Bausch & Lomb Incorporated  
© Bausch & Lomb  
Incorporated

BAUSCH + LOMB  
Zylet®  
Etabonate de lotéprednol  
0.5% et tobramycine 0.3%  
إيتابونات اللوتيريدنول 0.5%  
و توبراميسين 0.3%

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, tyloxop, chlorure  
de benzalkonium 0.01%.

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

يحتوي كل مل على:

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

المواد: إديتات ثنائي الصوديوم، غليسرين،  
بوفيدون، ماء مطهر، تيلوكسانول، و كلوريد

البنزالكونيوم 0.01%. يمكن إضافة حمض  
السلفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل

ال pH.

Excipient à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium.

سواء ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم.

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة أ)

POSOLOGIE : Lire attentivement la  
notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

AGITER VIGOREUSEMENT  
AVANT UTILISATION

ترج القارورة بقوة  
قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.

للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma

PPV = 117,00 DH

A TENIR HORS DE PORTEE  
DES ENFANTS

يُحفظ بعيداً عن متناول

الأطفال

Conservation :

Conserver en position  
verticale entre 15°C  
et 25°C.

NE PAS CONGELER. الحفظ:

تحفظ القارورة في وضع

عمودي ما بين 15 و 25

درجة حرارة مئوية

لا يجمد.

Jeter le flacon 15 jours

après sa date d'ouverture.

يجب رمي القارورة 15 يوماً

بعد تاريخ فتحها.

A UTILISER UNIQUEMENT  
SI LA BAGUE IMPRIMÉE  
EST INTACTE

لا يستعمل إلا إذا كانت

الحلقة المطبوعة سليمة

DETENTEUR/TITULAIRE  
DE L'AMM ET FABRICANT :

صاحب مقرر التسجيل/

الصانع:

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

Etats Unis d'Amérique (USA)

AMM Maroc N° : 204

DMP/21/NNP



2

19728-1

C1MA01  
9267001  
L035807

