

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12281

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : R.MATI MOUHSINE

Date de naissance :

Adresse :

PARC PLAZA 5 MIN N APT.6

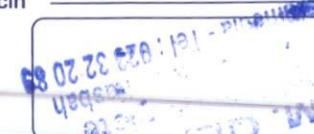
Tél. : 0661152539

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RAIL Tounsi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 128 JAN 2023	Nature des Actes Cs	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 250 DH	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes DR. M. DEMARIE
---------------------------------	------------------------	-----------------------	---	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur MACLE POINT BLAISE	Date 28/01/23	Montant de la Facture 99,00
--	------------------	--------------------------------

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

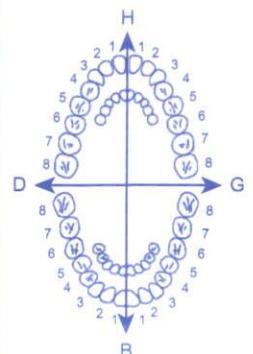
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

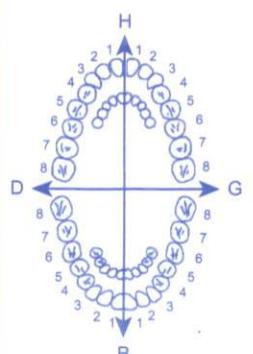


ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(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 M.QERMANE



OPHTHALMOLOGISTE

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حاائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Mohammedia , Le :.....28/01/2023..... المحمدية في :

RMAIL MOUHSINE

20,00

CORRECTOL COLLYRE

1 GOUTTE 2 F/j



A PURE COLLYRE

1 GOUTTE 3 F/j

00,66



لن يتم تغيير اي وصفة طبية او ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune Ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89

Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

Notice : Informations de l'utilisateur

CORRECTOL® 0,1 POUR CENT, collyre

Inosine phosphate disodique dihydraté

Flacon de 10 ml

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
3. Comment utiliser CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

AUTRES MEDICAMENTS OPHTHALMOLOGIQUES

code ATC : S01XA10

Traitements d'appoint des troubles de la vision binoculaire en complément de la rééducation.

indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie

La dose recommandée est de :

2 gouttes de collyre par jour, pendant 15 jours, puis un jour sur deux.

Utilisation chez les enfants

Les données actuellement disponibles ne permettent pas de recommander une posologie et une durée de traitement chez les patients âgés de moins de 18 ans.

Mode et voie d'administration

Voie locale.

EN INSTILLATION OCULAIRE

Ne pas avaler, ne pas injecter.

Se laver soigneusement les mains après l'instillation.

Eviter de toucher l'œil ou le compte-gouttes.

Instiller la solution dans l'œil en tirant légèrement la paupière.

L'œil fermé, essuyer proprement.

Refermer le flacon après utilisation.

Fréquence d'administration

Après les 15 premiers jours de l'instillation oculaire au rythme

Si vous avez utilisé plus de

CENT, collyre que vous n'a

Consultez immédiatement un pharmacien.

Aucun effet toxique n'est à prévoir.

En cas de surdosage, rincer ab

Correctol® 0,1%
Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 62 DIMP/1/NRQ



LOT 221584

EXP 05 2025

PPV 20/00

20/00



refreshing eye drops for irritated eyes
10 ml bottle

Description

The refreshing, soothing and calming qualities of Camomile, Euphrasy, Witch-hazel and Cornflower relieves redness caused by environmental elements such as wind, sun, dry air and salt water, as well as smoke, excessive light, sports or visual fatigue due long periods using a computer.

Composition

Camomile water 10%, Euphrasy (eyebright) water 1.10%, Witch-hazel water 10%, dibasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride;

Instructions for use

Put one drop of PURE into the eye by pressing slightly. You can repeat this administration any time you need due.



Precautions ad warnings

- do not use if the container is damaged.
- do not use if you are sensitive to any of the components.
- do not use after the expiry date shown on the container.
- do not touch the eye with the tip of the container.
- leave at least 10-15 minutes between administration of PURE and any other ophthalmic drugs.
- once opened the bottle throw away any unused product after 30 days.
- keep out of the reach and sight of children.
- do not swallow.
- do not store above 25 °C.

Manufacturer: Farmigea SpA, Via GB Oliva 8, 56121 Pisa, Italy

Distributor: B2S Health Services, Villa 44, lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat

Date of last revision texts: september 2011

CE 0546

STERILE A