

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 : 3270 Société : RAH.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AUG 938

Nom & Prénom :

SKIREDT LEILA

Date de naissance :

05/10/1958

Adresse :

RESIDENCE ANDALOUSIA IM43N°1

Tél. :

0641727178

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : SKIREDT Leila

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 :

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
30.01				
25.23	Cs, kls		400	ROD Olivera Carranza de Carranza Oncologue Casa 21 Av. 052-25 Bogotá Colombia Tel: 0911-403711 Fax: 0911-403711
02.23	b, kls		400	R
02.23	cs, kls		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	20/11/23	58,00,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
3412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
3411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the top center and 8 at the bottom center. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from the center. A vertical arrow labeled 'B' points downwards from the center of the arch.

[Création, remont, adjonction]

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



28963

Casablanca le :

30 janvier 2023

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (SLG) - Fax : 0522.25.11.15
SKIRET Leila

INDOCOLLYRE 0.1 COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

58,00



Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (SLG) - Fax : 0522.25.11.15
INPE : 091140871

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



AMM N°155/19/MP/21/NRD/NM
CENTH PHARMA
Collyre ml
EXPI. 04/2024 02-2024
INDOCOLLYRE 0,1% LOT/198619

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice intérieure.

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C.

Ne pas conserver au-delà de 15 jours après ouverture du flacon.

NE PAS INJECTER / NE LAISSER NI À LA PORTÉE, NI À LA VUE DES ENFANTS

Liste 1 //

حالات الاستعمال، المقدار، التحذير

أنظر النشرة داخل العلبة

يجب حفظ هذا الدواء في درجة حرارة ادنى من 25°C.

لا يجوز الاحتفاظ به أكثر من 15 يوم بعد فتح الفارغة.

لا يحقن/ لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

INDOCOLLYRE® est une marque déposée de

Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales. ©

Bausch & Lomb Incorporated 2020 ©
الشركات التابعة لها.



INDOCOLLYRE® 0,1%

أندوكولير® 0,1%

Indométacine /
collyre en solution /
قطرات بشكل محلول /

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN



Casablanca le : 02.02.23

BON DE REGLEMENT

Reçu de M.....Skin Dj.....Leila..

La somme de : Quatre cent Dirhams
400.00 Dhs

Pour : consultation + K10 fond d'œil.

Cachet et signature

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (LG) - Fax : 0522.25.44.15
INPE : 091140871

Urgence 24/24



Casablanca le : 30.01.23

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... *skine Ds. Leila*

La somme de : SEPT CENT Dhs
700.0 DHS

Pour : - Consultation près Anesthésique (CPA)
- K20 BIOMETRIE (prise de mesure
de l'implant).

Cachet et signature

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 0522.25.71.71 (LG) - Fax : 0522.25.11.15
INPE : 091140871

Dr. Med. Adil. EL KASRI
Anesthésiste Réanimateur
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 0522.25.71.71 (LG) - Fax : 0522.25.11.15
INPE : 091054791

Urgence 24/24