

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

- Reclamation : 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.

M22- 0052572

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ZEROUAL YOUSSEF

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : YOUSSEF ZEROUAL

Autre :

Date de naissance : 01/04/1984

Adresse : RUE D'EDEN CS A7 MA, APPT N° 18

RUE AL OUAHANE HAY RATHA, BEAUSOLEIL

Tél. : 0663 461 460 15 Total des frais engagés : 57, 92 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : CASABLANCA Le : 13/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : K. YOUSSEF



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARM. Dr. A. BOUAFI - 15 Rue Beaujardin - 94990 Chilly-Mazarin</i>	30/01/23	51,90

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

** PHARMACIE HIBA **

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tél : 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°5111603

ICE : 001616420000064

Le : 30/01/2023

ZEROUAL MOHAMMED

FACTURE N° : 51 du : 30/01/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BRUFEN SIROP PEDIATRIQ	22,50	22,50	7,00%
1	CHIBRO CADRON COLLYRE	29,40	29,40	7,00%
Total TTC				51,90

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQUANTE ET UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	48,50	3,40	51,90
		48,50	3,40	51,90

PHAF
Dr Ahmed Ghafry
N°51
Hay Raha
Jeudi 22 Janvier 1999
Bansaje

- Inflammations
- Fièvre
- Douleurs

Arome d'orange

150 ml

Voie orale

Suspension pédadiatrique

100 mg/5 ml Ibuprofène

BRUFEN®

0978



PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV :

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension
pédadiatrique**

4023 41 2024

Lot / Fab / EXP
JAN 2024 - 34223
Chibro-Cadron 5 ml

E2200C5MAR/0620

FR Composition :

Phosphate sodique de dexaméthasone..... 109,3 mg
 Quantité correspondant à phosphate de dexaméthasone..... 100,0 mg
 Sulfate de néomycine. 350.000 UI

Pour 100 ml de collyre

1 ml de collyre correspond à 30 gouttes, contenant chacune :
 • 0,036 mg de phosphate sodique de dexaméthasone, soit 0,033 mg de phosphate de dexaméthasone
 • 117 UI de sulfate de néomycine.

Excipients :

Citrate de sodium, dihydrate, bromure de benzododecénium, polysorbate 80, hydroxyéthylcellulose (WP 52.000HP), hydroxyde de sodium, chlorure de sodium, eau purifiée.

Voie ophthalmique.

NE PAS AVALER.

Lire la notice avant utilisation.

Conservation :

Ce médicament ne doit pas être conservé plus de 15 mois après la première utilisation. Noter la date d'ouverture en clair sur l'emballage.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

AMM Maroc n° : 74/18 DMP/21/NRQ.
74/18DMP/21/NRO رقم التسجيل بال المغرب

21.



Chibro- Cadron®

Collyre en flacon

Dexaméthasone / Néomycine

5 ml

شيبرو كادرون®

محلول قطرات العين في قارورة
ديكسا ميتازون / نيموسين

5 ml

Théa

العنوان : "مباري لهايا" 12 - شارع توبس - بليهور
المنطقة : كثيرون فرعون شارع توماري - 2 - فرنسا

العنوان : كثيرون شارع توماري - فرنسا
رقم التسجيل : 07100

Titulaire :
Laboratoires THEA 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand Cedex 2 - France

Fabricant :
Excelvision rue de la Lombardière
07100 Annonay - France

AR الت Kirby:

فرومات الصوديوم 109,3 مع
الديكساميتازون 109,3 كمية متساوية من فرومات
الديكساميتازون 100,0 مع
سوفات النيموسين 350.000 ود
لكل 100 ml محلول قطرات العين
1 ml من محلول قطرات العين يحتوي
على 30 قطرة، تحتوي كل قطرة على:
• 0,036 مع من فرومات الصوديوم
الديكساميتازون ما يناسب 0,033 مع
من فرومات الديكساميتازون
• 117 ود من سوفات النيموسين.

المواد:

سيارات الصوديوم ثانوي الإمaha،
بروزور الفنزويلا، متمدد
صوريات 80، هيدروكسيتيل السليولوز
(WP 52.000 HP)، (WP 52.000 HP)
الصوديوم، كلوريد الصوديوم، ما
مني
عن طريق العين.
لا يبلغ.
اقرأ الشرة قبل الاستعمال.

الخط:
لا يجب حفظ هذا الدواء أكثر
من 15 يوما على أول استعمال. سجل
بوصرخ تاريخ فتح القارورة على
العلاء.
لا يترك لا في متناول الأطفال ولا على
مراي منه.

**Soyez prudent**Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

NIVEAU 1

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

USTE I - Uniquement sur ordonnance



Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 27182
Boussoures - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre Flacon 5 ml - PPN : 28,60 DH
6118001071425



Ne pas utiliser chez la femme
enceinte sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique