

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-724759

1 59590

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12546

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El FAIZ

Rachammed

Date de naissance :

02 Novembre 1986

Adresse : 256 Bd I b mouloudine Hay El Horane

Carabia 10

Tél. : 0661636737

Total des frais engagés : 678,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : El FAIZ Ned Ali 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.

05 MAI 2023

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 : 22/03/2023

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
22-03-2023	C	3	300 Dhs	INP : 09M156989 Dr. LA Professionnel 06.03.2023 22 99 46 00 / 05 21 99

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22-3-2023	273/70
	05/04/23	104,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

#### **BELLEVE 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté des Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aero spaciele

# الأستاذة لعويسى . ن

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي  
جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le :

22-3-023

EL FAJZ MED ALI  
PHARMACIE CINEMA ANFA  
D.J. 141  
141, Bis Bd. El Aou  
Hay El Hana - Casablanca  
Tel : 05 22 36 87 62

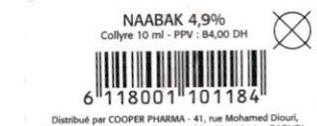
SV  
- playboy

SV - florals oulens

SV - Nasbeh Ceme

SV - Agla 241 241  
Dr. LAOUISSI Nadia  
Boulevard Abdelmoumen  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Rés Koutoubia Casablanca  
Tel: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

223.70



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



76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

جِمْجُومْ فَارْمَا<sup>®</sup>  
Jamjoom Pharma

Icomb<sup>®</sup>

(Tobramycine, Dexaméthasone)

SUSPENSION OPHTHALMIQUE STÉRILE

b  
bottu<sup>TM</sup>

٥ مل

أيكومب<sup>®</sup>  
Icomb<sup>®</sup>

Lot:  
Fab:  
Exp:

NL 00000000  
10 20 20 20  
10 10 10 10

PPV: 30 DH 30

Chaque ml contient :

Tobramycine 3,0 mg, Dexaméthasone 1,0 mg  
Excipients à effet notable : Chlorure de Benzalkonium  
Bien agiter avant usage. Voie oculaire.  
A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice jointe.  
Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Un produit fabriqué par Jamjoom Pharmaceuticals Co.,  
Jeddah, Arabie Saoudite

AMM N°: 520/17DMP/21/NRQ

Ophthalmics

bottu<sup>TM</sup>  
82, Allée des Casuarines - An-Sellia - Casablanca - Maroc  
5. Bachouch - Pharmacien Responsable



جِمْجُومْ فَارْمَا<sup>®</sup>  
Jamjoom Pharma

أيكومب<sup>®</sup>

(توبراميسين، ديكاميثازون)

معلق معقم للعين

كل 1 مل يحتوي على: 3,0 مل توبراميسين، 1,0 مل ديكاميثازون.

سواغات ذات معقول معلوم : كلورور البنزيلكوليون.

رج العبوة جيداً قبل الاستعمال. عن طريق العين.

يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30°.

يحفظ بعيداً عن مراقب ومتناول الأطفال.

يتلف المعلق بعد 4 أسابيع من فتح الغطاء. إقرأ النشرة الداخلية.

إنتاج: شركة مصنعة ججمجم للأدوية.

جدة، المملكة العربية السعودية.

Tableau A (Liste I) (ا) (ا)

Ne pas poser/respecter les deux procédures  
تمثيل المفعول المنشود - التخلص المفتوح الممنوع

جدول A (اللحنة) (ا) (ا)



مدون

Soyez prudent  
ne pas poser/respecter les deux procédures

82 الكافوريين، معهم، شارع البوصائر - المربع  
من الصالحة، مسلم مصطفى

b

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)

Microchirurgie de l'Oeil

Strabisme - Phacoemulsification

Angiographie - Laser - Lentilles de contact

Chirurgie Réfractive

Aero spaciele



Casablanca, le : .....

**Sterdex®**

12 récipients unidoses



Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Daoud  
20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUID

# الأستاذة لعويسى . ن

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة المول

5 - 4 - α 3

EL FA12 ن ed AL

30,30

- Icns Ceme

Agre x uj x 15

x 15

26,40 - ster-dex pde

lesm x 15

48,00 norm lesm x 15

Huile sur la main

x 10

104,70

Dr. LAOUISSI Nada  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelloumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tel: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1<sup>ère</sup> Etage - Casablanca

Tél. : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15