

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - Gé... 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

173144

Déclaration de Maladie : N° S190053173

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7741 Société : R.A.M.

Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : JAAFAAR SI EL HASSAN Date de naissance : 26/11/67

Adresse : N° 4 Rue N° 4 AL QODS 3 Lissabon Casab

Tél. : 0661.456.89.7 Total des frais engagés : 390,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

84, Bd Mly Driss 1er

Tél: 05 22 86 06 06

INPE: 091033101

Date de consultation : 30 MAI 2023

Nom et prénom du malade : JAAFAAR YASMIN Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Affection oculaire + fils de refle

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 : CASA Le : 29 AOUT 2023

Signature de l'adhérent(e) : JAAFAAR YASMIN



ACCUEIL

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
20 MAI 2003	Ophtalmologie	Coef 3	400,00	DR. DAISSI SIDI IDRISI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE S. RANAZ S. SALAH 140 Lot Sidi El Aissa Lissasfa Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 20 07	30.06.023	190,00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

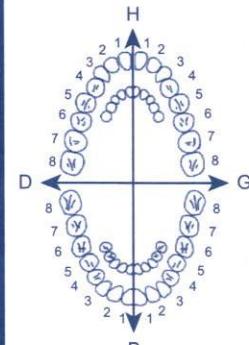
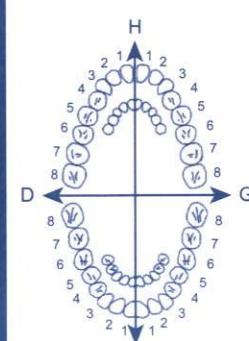
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
	D 00000000	B 00000000		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[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 Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophthalmologist

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة الساد (الجلالة)
بالموجات فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 30 mai 2023

Enf. JAAFAR Yasmine

90,20

OPATANOL: COLLYRE

une goutte x 2 par jour pdt 2 mois

23,40

OPTIPRED COLLYRE

1 gtt x 5 / j x 48 h

1 gtt x 4 / j x 48 h

1 gtt x 3 / j x 48h

1 gtt x 2 / j x 48 h

26,10

CORNEREGL

une application généreuse le soir au coucher pdt, pendant 1 Mois

dans les deux yeux

190,20

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06
Fax: 05 22 65 20 01
Casablanca Lissassa

Corneregel™

DEXPANTHENOL 5% 5% ديكسبانثينول /

هلام عين / Gel ophtalmique

BAUSCH + LOMB

Uniquement en pharmacie
AMM Allemagne n° 32475.00.00

DE Algérie n°

Numéro d'enregistrement en Tunisie : 2743021+
AMM Maroc : 89/15/DMP/21/NNP

Titulaire et fabricant:

Dr Gerhard Mann chem.-pharm. Fabrik
GmbH Brunsbütteler Damm 165-173,
13581 Berlin (Allemagne)

كورنيرigel™

10 g / 10 غ



®/™

تعنى علامات تجارية لشركة بوش & لومب
إنكوربوريالند او لشركتها الفرعية
© بوش & لومب إنكوربوريالند

دواء الصيدلانية فقط

ر.ب. المانيا رقم 32475.00.00

رقم التسجيل بالمغرب

رقم التسجيل تونس

صاحب الرخصة والصالح

Dr Gerhard Mann chem.-pharm. Fabrik
GmbH Brunsbütteler Damm 165-173,
13581 Berlin (Allemagne)

Vignette 11MA01 / 49809E300/1-MA
PPV: 76.10 dhs
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
ZENTPHARMA
Corneregel Gel ophta 10g



4 030571 001591

حالات الاستعمال: لأمراض القرنية. يرجى اتباع التعليمات الواردة في شرة الطيبة.

Usage ophtalmique. Conservez tous les médicaments dans un lieu sûr hors de la portée et de la vue des enfants. Ne pas conserver plus de six semaines après la première ouverture du tube. Ne pas conserver à plus de 25 °C.

للاستخدام على العين.

احفظه بكل الأدورة في مكان آمن بعيداً عن متناول ورؤية الأطفال.

ارم آبة يغلي من هلام العين خلال ستة أسابيع من أول فتح الحاوية.

لا يحفظ في درجة حرارة تفوق 25 درجة مئوية.

Composition: 1 g de gel ophtalmique contient 50 mg de dexpanthénol.
Excipients : cétrimide, carbomère (viscosité de 40 000-60 000 mPa.s),
édétate de sodium (Ph.Eur), hydroxyde de sodium, eau pour préparation
injectable a.s.p. 1 g.

المكونات: يحتوي 1 غ من هلام العين على 50 ملг من ديكسبانثينول
(mPa.s 40000-60000) (الزوجنة 50) (الزنوجنة 50) (الزنوجنة 50)
السواغات: سيرتوميد، كاربومير (الزنوجنة 50) (الزنوجنة 50) (الزنوجنة 50)
هيدروكسيد الصوديوم، ماء للتحضير العفن 5.5٪ 1 غ (Ph.Eur)

Indication: Pour les lésions cornéennes. Veuillez suivre les instructions
figurant sur la notice.

1 mg/ml, collyre en solution

Opatal

9202 01
3R2K1A

• dx3

107

Voie oculaire.
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.
Jeter 4 semaines après la première
ouverture.

Ouvert le : فتح في

Composition : Chlorure de benzalkonium, chlorure de sodium, phosphate disodique dodecahydraté, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium (ajustement du pH) et eau purifiée
Excipient à effet notoire : Chlorure de benzalkonium

التركيبة:
كلوريد النترنات، كلوريد الصوديوم،
دوبنيكابريل فوسفات ثلاثي الصوديوم،
حمض الهيدروكلوريك و/ أو هيدروكسيد
الصوديوم، والماء المنقى.
سمواع ذو ثلثة معروف
كلوريد النترنات،
المصلنة

Fabricant :
Alcon-Couvreur N. V., Rijksweg 14,
B-2870 Puurs, Belgique
Siegfried El Masnou, S.A., Camil
Fabra, 58, 08320 El Masnou,
Barcelone, Espagne.

PPB: 23 DH 40
Exp: 02/24
Fab: 02/22
Lot: 166

Opal®
Opal®

امتحانات الميدانية والثانوية

أوستندر®



Ophthaimics

أوبتيمز

ببريدتنيزولين

استيات

كل 1 مل بحتو على:
 10 مل لستات الريتنيكولون،
 0.06 مل كلورور اليودن الكحولي
 (كمادة حافظة).
 رج العورة جدا قبل الاستعمال.
 للتقطير في العين.

- ٥ يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن **الستين**.
- ٦ يحفظ بعيداً عن متناول **الاطفال**.
- ٧ تستخدم في خلال ربعة **اسابيع** من فتح العبوة.

إننا ننشر الداخليات
إننا ننتج: شركة مصانع جمجمة للأدوية،
هذه الشركة المساعدة.

معلق معقم للعين

2648 E 5

جiamoوم فارما
Jamioom Pharma

Notes under-respecting the *laws* of the *mosque*

بوليسي شر - العار المبهم - العذاب
82 بر لوكالياينر بين الجنس - الجنس
جنس ممثل - جنس ممثل