

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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



Déclaration de Maladie

N° W21-815163

CO

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0 8946	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NEJJARI HALIMA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Télé. :	0670276244	Total des frais engagés :	Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. BERHANO Amine Professeur en Ophtalmologie Clinique d'Ophtalmologie la Pinède			
Date de consultation :			
22/08/2023			
Nom et prénom du malade :			
NEJJARI Halima			
Age: 53			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Conjonctivite bactérienne			
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 : RABAT

Le : 22/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

A. Halima

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-815163
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 0 8946	
Nom de l'adhérent(e) : NEJJARI Halima	
Total des frais engagés : 470,70	
Date de dépôt :	

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
26/03/2015	Consultation	3000 Dhs		INF : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06/04/2015	Révision			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASSANIA OUSSAID Bce Nakhil H.N° 12P Bld Guédira, Nahb Tunisie 17 65 74 29 INPE : 102030558	22/03/23 2023	170,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : 												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
					MONTANTS DES SOINS 												
					DEBUT D'EXECUTION 												
					FIN D'EXECUTION 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412 00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000 35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	00000000 35533411	00000000 11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 00000000	21433552 00000000															
D	00000000 35533411	00000000 11433553															
B																	
G																	
					MONTANTS DES SOINS 												
					DATE DU DEVIS 												
					DATE DE L'EXECUTION 												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° 230822-003

Date Entrée : 22/08/23
Date Sortie : 22/08/23

Rabat le : 22/08/23
Nejjari Halima
PAYANT

Prestations médicales

Libelle	PU	Qte	S. Total
Consultation Ophtalmologique	300,00	1	300,00

Total Général : **300,00 DH**

Arrêté la présente facture à la somme de : **trois cents DH**

Méthode de paiement: Espèces

Clinique d'Ophtalmologie la Pinède
Service Facturation
1, Rue Cadi Moreno, La Pinède,
Tél: 05 37 54 66 66 / 67
INPE: 100063700

مصحة طب العيون CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LA PINÈDE

 www.cliniquelapinede.com ☎ 0537 54 66 66 / 67  contact@copmail.ma

1, Rue Cadi Morèno, La Pinède - Souissi - Rabat 1, زنقة القاضي مورينو،الليناد السويسي - الرباط

ICE : 002024818000084 RC : 128545 TP : 25903364 IF : 25007434 INPE : 100063700



LCA S.A.

9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39
E-mail : lca@lca-pharma.com

930-1033/01.

PHYLARM 10 mL boîte de 16



3 700288 600042

LOT : 30602
EXP : 2026-05

idoses stériles de 10 ml



HER MEDIC
PPC
104.00 DHS

PhyL arm

stérile pour usage oculaire



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

Lot :

EXP :

2RDC3B
09 2024

CILOXAN® 0,3%
COLLYRE



AMM N°30/19/DM/P/21/NR/21/M
Alyadri - Maroc. 96 zone industrielle Tassila Ighazane,
distribuée par : ZENTHYPHAMA.
FRAKIDEX Pom. Ophtha. 5 g

DÉTENTEUR DE LA D.E / DE L'AMM:
صاحب مقر التسجيل، حامل الرخصة:
LABO ATOIRE CHAUVIN
416, rue Samuel Morel - CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France
Nom : Tresse du fabricant / conditionneur:
اسم ر عنوان المد
Dr. Gerhard Hahn
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 1c 5/173
13581 Berlin, Allemagne

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.
NE LAISSER NI À LA PORTÉE NI À LA VUE DES ENFANTS. A conserver à une température inférieure à 25°C.

Frakidex est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales. © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

حالات الاستعمال والمقادير:

اقرأ النشرة بانتباه. يوضع على العين.
لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.

القائمة | Liste |

NE PAS AVALER
لا يبتلع

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

12.2022
11.2024
942

Date de
fab
Date Exp
Lot

FRAKIDEX® فراكيديكس

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine

فوسفات ديكساميثازون صودي/ سولفات فرامسيتين

Pommade ophthalmique / مرهم للعين

BAUSCH + LOMB

COMPOSITION :

Phosphate sodique de dexaméthasone 0,1 g,
Sulfate de framycétine 315 000 UI.
Excipients : vaseline, paraffine liquide q.s.p. 100 g

التركيب: فسفات صودي ديكساميثازون 0,1 غ
سلفات فرامسيتين 315 000 وحدة دولية
سواغات: هازلين، بارافين سائل لك لـ 100 غ

AMM France n° / 326 452 1 3
رخصة فنسنار رقم
CLV Algérie n°/
مقرر تسجيل الجزائر رقم
096/17D125/01
AMM Tunisie n°/
رخصة تونس رقم 5283073



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

كن حذراً

تجنب القيادة قبل

قراءة النشرة

Tube de 5 g / أبوب 5 غ



CLINIQUE
D'OPHTALMOLOGIE
LA PINÈDE

Rabat le : 22/08/2023

Docteur :

Mme Nejjari Malima
104,00 STE HASSANIA OUSSAID
1) phylarm lavage Résidence Nakhil II N° 12P
45,90 Avenue Ahmed Réda Guédira, Nahda 1
cible am polyre p/t 12/jr
2) 20,30 1gts x 6/jr
3) gant chirurgical du opht 24
1app/jr 6 soin p/t 05/jr

180,20

Dr. BERRAHOU Amina
Spécialiste en Ophtalmologie
0537 54 66 66 / 67
1107860

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE

LA PINÈDE

مصحة طب العيون



www.cliniquelapinede.ma



0537 54 66 66 / 67



contact@copmail.ma

1, Rue Cadi Moréno, La Pinède - Souissi - Rabat

زنقة القاصي مورينو، لابناد السوسي - الرباط