

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS.

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 - 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	03508	Société :	RAM (183095)
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDELLAHMANE			
Date de naissance : 30/06/1950			
Adresse : RUE 528, N° 17 ERAC BOUARGANE AGADIR			
Tél. :	0760 42 32 30	Total des frais engagés : 1.086,70 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr Abderrahmane IDHAJJI
OPHTALMOLOGISTE
Médecin et Chirurgie des Yeux
Av. Cheikh Esaadi, Imm. Assalam
N° 27, 2^e Etage Talborjt - AGADIR
Tel: 05 28 84 88 69

Date de consultation : 09

Nom et prénom du malade : EL YAZIDI Abdellahmane

10 NOV 2023

Age : 1950

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Glaucone + Cataracte

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 : AGADIR Le : 09/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

09/11/2023

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
09 NOV 2023	g	1	250,-	INP : 041077632 INPE : 041077632 Dr Abderrahmane IDHAJJI OPHTHALMOLOGISTE Maladies et Chirurgie des Yeux Saadi, lmm. Assalam Agadir - AGADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BIDNABEN FATIMA ZAHRA 100, Av.Imam Al Boukhari Erc Bouargane - Agadir NP : 042031468	09/11/2023	836.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien en charge de la consultation doit 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bonjour,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint, mon dossier~~s~~ de mutuelle suivant :

FM nro W21-797519 (1.086,70 DH)

Je vous en souhaite bonne réception avec mes sincères remerciements.

El yazidi Abderrahmane MLE 03508

linikأمراض العيون

CABINET D'OPHTHALMOLOGIE

Dr. Abderrahmane IDHAJJI
OPHTHALMOLOGISTE
INPE : 041077652



الدكتور عبد الرحمن ادحيبي
اختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

Agadir, le 09 NOV 2023 أكادير في

Facture

J'atteste par la présente avoir reçu de EL YAZIDI Abderrahmane

la somme de 250,00 DHS en guise de frais de consultation.

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

Deux cent cinquante DHS.

Dr Abderrahmane IDHAJJI
OPHTHALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
Av. Cheikh Esaadi, Imm. Assalam
N° 27, 2^e Etage Talborjt - AGADIR
Tél: 05 28 84 88 69

linik
لعيادة أمراض العيون
CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Abderrahmane IDHAJJI
OPHTALMOLOGISTE
INPE : 041077652



الدكتور محمد الرحمن ادعببي
إختصاصي في أمراض
ووجراحة العيون

Agadir, le 09 Nov 2023 أڭادير فی

Q2 YA2 ID I Abdenshane

112,50 P. Lobenauer & Söhne 10m
Talg & Käse 100g SV

60,0 Libyan Post SV OM
affair 2nd + 10

IMANI
Dr. BIDNABEN FATHI
100, Av.Imam Al Bou
Erc Bouargane - Agadir
Fax : 05 28 22 14 68

AL POLYTHENE HART
ZAHIA
Dr. BIDNABEN FATHI
100, Av.Imam Al Bou
Erc Bouargane - Agadir
Fax : 05 28 22 14 68

Al Polystyrene Hart

ghe

110⁷⁰ 6 gte r2 ab m
+ 6
rahmane IDHAJ
ESTE

~~836,70~~

Dr Abderrahmane IDHAJJI
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des Yeux
AV. Cheikh Esaadi, Imm. Assalam
N° 27, 2^e Etage Talborit - AGADIR
Tél: 05 28 84 88 69

رقم 27 عماره السلام (الطابق الثاني) شارع الشيخ السعدي - تاليرجت - أكادير - الهاتف: 05 28 84 88 69
N° 27.Imm. Assalam(2ème étage) Av. Cheikh Saâdi Talborjt Agadir - Tél : 05 28-84 88 69

عن طريق العين
التركيزية

سيبروفلوكساسين

- 0.30 غم يُنْهَى بخلي درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.
على شكل هيدروكلوريد السيبروفلوكساسين 0.35 غم يحفظ بعيداً عن الضوء والحرارة.
بارافين السائل 2 غم يحفظ في العبوة الأصلية.
الفازلين كمية كافية ل 100 غم يرمن بعد شهر من الفتح الأول.
لإحتفظ في الثلاجة. لا يجمد.
يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.

أنبوب 3.5 غم.

Voie ophtalmique

COMPOSITION:

Ciprofloxacine 0,30 g
sous forme de chlorhydrate de ciprofloxacine 0,35 g
Paraffine liquide 2 g
vaseline q.s.p 100 g
Tube de 3,5 g.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C,
à l'abri de la lumière et de la chaleur.
Conserver dans l'emballage d'origine.
Jeter 1 mois après la première ouverture.
Ne pas mettre au réfrigérateur. Ne pas congeler.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

CILOXAN® 0,3%
POMMADe OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g Remboursable AMO
Laboratoire SotHEMA
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
692274 MA

CILOXAN® 0,3%
سيلوكسان®
%

06 2023
VR7354
05 2025

Fab.:
Unita.:
Loc.:
Expi.:
تصدير:

CILOXAN®
0,3%
POMMADe OPHTALMIQUE
Ciprofloxacine
سيلوكسان®
سيبروفلوكساسين

NOVARTIS

NE PAS AVALER
RESPECTER LES
DOSES PRÉSCRITES
Téléphone A (Line II) - UNDISPENSABLE
SUR ORDONNANCE
05 22 22 22 22

POMMADe OPHTALMIQUE



CILOXAN® 0,3%
S.A. Alcon-Couerur N.V.
Rijksweg 14 82870-Pijnacker
Boskampen-Mariën

Fabriqué par:

المنفذ:

Bouskampen-Mariën

CI NOVARTI
Téléphone A (Line II) - UNDISPENSABLE
sur ordonnance
05 22 22 22 22











