

# 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.

194237

<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	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELYAZIDI ABDERRAHMANE			
Date de naissance : 30/06/1950			
Adresse : RUE 528, N° 17 ERAC BOUARGANE AGADIR			
Tél. : 07 60 42 32 30 Total des frais engagés : 609,20 Dhs			

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

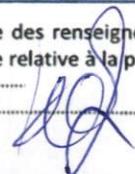
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 05/01/2024			
Nom et prénom du malade : EL YAZIDI ABDERRAHMANE Age: 74			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique			
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 : 05/01/24

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
05/04/2019	C-S	C S	= G =	INP : 103100644639 دكتور سعيد علي DOCTEUR SAID ALILOU OPHTHALMOLOGIE Agence / Av. FKIH BEN SALAH Hay Mohammadi AGADIR Tel : 05 28 87 02 49 / 05 28 20 10 47 / 06 77 78 02 22

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>
 الاسم : ابراهيم رقم التسجيل : 100 شارع احمد البخاري تبرير المدرسين البريد الإلكتروني : 42 14 68 69	05/04/24	609, 2
		INP : 042034439

#### **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 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.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Agadir le : 05/01/2024

## **ORDANNANCE**

**Mr : EL YAZIDI ABDERRAHMANE**

5

• 74.20

1- Azyter 1gtte le soir x3/j chaque mois

421

2- doxy 100 mg 1cp le soir

1781<sup>o</sup> x 2<sup>3</sup>

3- Cationormundidose 1 gtte x 4/j N°2

## 4- Hydramed night 1 app le soir

الدكتور سعيد عليو  
DOCTEUR SAID ALILOU  
OPHTHALMOLOGIE  
W. FKIH BEN SALAH Hay Mohammad AGADIR  
Tel: 05 28 87 32 49 / 05 28 20 16 47 06 77 78 02 27

**Croisement Av. Fqih ben saleh et Av.El jadida, Hay Mohammadi, Agadir**  
تقاطع شارع الفقيه بن صالح مع شارع الجديدة، الحي المحمدي أكادير

**Whatsapp : 06 77 78 02 22 - Tel Fixe : 05 28 20 10 47**

**أزيتر 15 مع/غ**

**AR**

أزيتروميسين ..... 14,3 مع  
على كل أزيتروميسين .....  
ثاني الاماهة ..... 15 مع  
ل 1 غ من محلول

ان انواعه أحادي الجرعة بسعة  
250 مع من المحلول يعني  
على 3,75 مع من الأزيتروميسين الثاني  
الاماهة.

السوانح:  
ثلاثيات غليسيريد ذات سلسلة متوسطة.

# Azyter® 15 mg/g أزيتر® 15 مع/غ

Collyre en solution en récipient unidose  
Azithromycine dihydrate  
Récipient unidose de 0,25 g  
Boîte de 6 récipients unidoses

قطرات للعين على شكل محلول في وعاء أحادي الجرعة.  
أزيتروميسين ثانوي الاماهة  
وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,25 غ  
علبة من 6 أوعية أحادية الجرعة.

Sans conservateur  
دون مادة حافظة

Théa

Lot : 293AZ

09/2023

Fab : 03/2025

AR

عن طريق العين، إلا في الحالات الاستثنائية. يترك عينه عن راحة ومتناول الأطفال. تحظى الأدوية الأحادية المتقدمة ممتازة بعد استعمالها، لا تختلف عنها الأدوية الأخرى في الكثافة بعد انتهاء الصدقة، يحفظ في درجة حرارة لا

**FR Azyter 15 mg/g**

Azithromycine ..... 14,3 mg  
Sous forme d'azithromycine  
dihydrate ..... 15 mg  
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg  
de solution contient 3,75 mg  
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :  
Triglycérides à chaîne moyenne.

MA

Enreg. MA n° :  
258/19 DMP/21/NRQ  
رقم التسجيل بالمغرب  
258/19 DMP/21/NRQ

**Azyter 15 mg/g**  
Collyre, 8/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH

6 118001 101801  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER  
1 rue de l'Arquerie - 50200 Coutances  
FRANCE

الصانع: مخابر أونيتر  
1 شارع الأركي  
50200 كوتانس - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
لا يبلع - لا يحقن  
احترم الجرعات الوسمدة  
LISTE I - Uniquelement sur ordonnance  
فالة | - لا بوصفة طبية

لے  
لے  
لے

متحا  
للة  
أقر اص  
10

مذکور

四百五

卷之三

1



**DOXYMYCINE® 100 mg 10** comprimés dispersible

PPIJ 42DH00  
EXP 10/2024  
LOT 28010 1

# Cationorm

## كاثيونورم ملتي

قطرة للعين على  
شكل مستحلب

لحماية و ترطيب  
وتحفييف الاحتكاك  
لسطح العين

١٠ مل  
بدون مواد حافظة



Santen



PPC 178,00 DH

Diphthalimide  
Emulsion  
Multi

Lire attentivement la notice  
avant utilisation.  
Voie oculaire. Tenir hors de la  
portée et de la vue des  
enfants.

Conserver à une température  
ne dépassant pas 30°C.

إقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.  
للإستخدام للعين فقط.  
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
يحفظ في درجة حرارة أقل  
من 30 درجة مئوية.

Santen

1, rue Pierre Fontaine  
Bâtiment Genavenir IV  
91000 Evry  
France  
Fabriqué par :  
Laboratoires Pharmaster  
67150 Erstein - France

Importateur :  
MP MAGHREB  
9, AVENUE MOHAMED  
BELHASSAN EL OUAZZANI  
CENTRE COMMERCIAL DAR  
ESSALAM (1er étage)  
SOUSSI - RABAT

# Cationorm®

Multi

Emulsion Ophtalmique

Hydratation

Protection

Lubrification

10 ml

Sans conservateur

Santen

LOT

S 2240

2023-03

2026-03



