

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 Meilleures utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Référence 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 931

Société : Agence Rabat

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL HADDOUD M. A.

Date de naissance : 1935

Adresse : Lot jasini N° 9 Fabrique S. D.

Tél. : 0666 44 04 93

Total des frais engagés : 1 652, DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : MIR HOUAR SAADIA

Age : 73 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection ouverte

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 :

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 21/02/2024

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
12/05/2014	Consultation - Dr. Alifa Ibn Zohra	1000 Pascap	1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 LAHRICHY Mohamad Pharmacie 00157250000095 Rue 7 111 111 111 111 Tel: 0522 60 41 11	12/02/2024	157,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

12/2/2024

Mirhona Saadia

15/2/2024
The above

Aspirine x 4/6

2 mois
Glycine

PHARMACIE CENTRALE AIN BORJA
C. Mr. LAZARICH Mohamed
ICE : 00157250300095
Hay Aïn Borja - Rue 7, N°11 Ain Borja
Casablanca - Tel : 0522 60 41 76

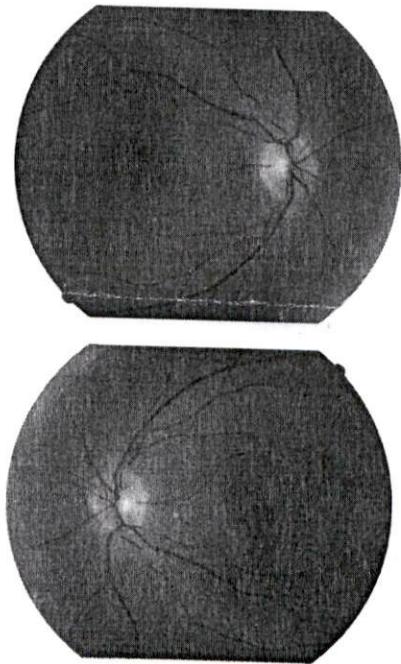
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur RAZZAK AMINE
Professeur Assistant - Ophtalmologie
091260430

Identification du Patient		Information sur le Séjour
Nom :	MIRHOUAR	Médecin traitant :
Prénom :	SAADIA	Service d'hospitalisation : Ophtalmologie
Age :	73 ans	IPP du patient : H0123032447
Sexe :	Féminin	NDA séjour : 2400829225

TREATMENT REPORT :
PASCAL POSTERIOR LASER

- Eye : OD
- Diagnosis : RDP

Endpoint Management ^(EM) & Landmark ^(LM) Settings	EM= Disabled, LM= Disabled
Endpoint Management % [Median, Range]	
Spot Diameter(μm)	200
Exposure (ms) [Median, Range]	0.2
Power (mw) [Median, Range]	325
Number of Spots [Total (#LM,#EM)]	1100



Signature Médecin :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur RAZZAK AMIN
Professeur Assistant - Ophtalmologie
0123032447
01260430



وصفة طبية
Ordonnance
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Casablanca, le : 02/02/2012
N° : 090061862
22/02/24

Makhouf Saadia

1 reçue le PPR ODE au
liver Argon (Pascal)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur BAZAK AMINE
Professeur Assistant - Ophtalmologie
091260430



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 10/08/2014

Quittance - Paiement espèces 0855222

IPP :

N° D'admission : 2400829225 Montant : 15000 H

Patient : M. Khader Saadia

Payé par : 3000 H

Cachet

0866255 - Définitions spéciales



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 12/02/2014

Quittance - Paiement espèces 0855222

IPP :

N° D'admission : 2400329225 Montant : 15000 H.

Patient : M. M'hamed Saad

Payé par : 3lle Ress



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 12/02/2024
Numéro : 23 963



Nom patient : MIRHOUAR SAADIA

Médecin : PR. RAZZAK AMINE
Ophtalmologie

2400829225

PAYANTS

	Montant
PHOTOCOAGULATION DE LA REGION MACULAIRE	1 500,00

Total 1 500,00

Arrêtée la présente à la somme de :
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862
E-mail: Contact@ckm.hck.ma
N°ICE 001740003000026

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 12/02/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400829225	590
Nom patient	MIRHOUAR SAADIA	
Médecin	PR. RAZZAK AMINE <i>Ophtalmologie</i>	
Prestations		
PHOTOCOAGULATION DE LA REGION MACULAIRE		
Encaissement	0,00 PAYANT	<i>Visa accueil</i> SOF.oub 14:59

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862



CE 0459

- Ne pas toucher l'œil ou les paupières avec l'embout du flacon, en particulier si vous pensez souffrir d'une infection oculaire,
- Instiller une goutte dans le cul-de-sac conjonctival inférieur (espace entre l'œil et la paupière), en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas et en regardant vers le haut.
- Reboucher le flacon après utilisation.

DOSAGE :

1 goutte dans chaque œil, 4 à 6 fois par jour.

THEALOSE peut être utilisé par les porteurs de lentilles de contact.

EFFETS SECONDAIRES :

Irritation oculaire modérée possible dans de rares cas.

CONSERVATION DE THEALOSE :

Ne pas conserver un flacon entamé au-delà de 3 mois.

À conserver à une température inférieure à 25°C.

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

La date de péremption fait référence au produit dans son emballage intact, stocké convenablement.

Ne pas utiliser de flacon endommagé.

DATE DE RÉVISION DES INSTRUCTIONS : 10/2022

N° Homologation Algérie : DMClassellb/CE0459/121/17

N° Homologation Maroc : 3516/2021/3703-2022/DM/DPS/DMP/18



CE 0459



تاريخ أول فتح
Date de première ouverture

PPC: 157,00 DH
8P-N12718Z Bouskoura - Maroc
Distributed by STOTHEMA
Distributed in Morocco by:



N2762C10MAG/0722

فة بين العين والجفن

قطرة واحدة (1) في العين، 4 إلى 6 مرات في اليوم.
 يمكن لحاملي العدسات اللاصقة استعمال تيالوز.
 الأعراض الجانبية:
 تهيج العين المعتدل يحتمل في حالات نادرة.
 حفظ تيالوز:

لا تحفظ القارورة المفتوحة لمدة تفوق 3 أشهر.
 يحفظ في درجة حرارة نقل عن 25°C.

لا تتعدي تاريخ نهاية الصلاحية المدون على التغليف الخارجي. يشير تاريخ نهاية الصلاحية إلى المنتوج في تغليفه السليم والمحفوظ بطريقة صحيحة.
 لا تستعمل قارورة تالفة.

تاريخ مراجعة النشرة: 10/2022

رقم الترخيص بالجزائر: DMClassellb/CE0459/121/17

رقم الترخيص بالمغرب:

3516/2021/3703-2022/DM/DPS/DMP/18

N2762C10MAG/0722

Théa