

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° D. 34519
N° W19-542535

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8135 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHINAN AHMED
Date de naissance : 01/01/69
Adresse : RUE IBRAHIM ABU SAHL N°7
MARRAKECH
Tél. : 0663496875 Total des frais engagés : 396 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/06/2020
Nom et prénom du malade : CHINAN Zakaria Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CONJONCTIVITE
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements au 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 : Marrakech
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
Date : 17 06 2020

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
17/06/20		CS	200,00	INP : 0910081935

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHAABI Mme CHAABI Rue Nouhass El Nabouh, Médina Tél: 0522 99 09 22 - Casablanca	17/06/20	196,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			Pharmacie CHAABI Mme CHAABI Rue Nouhass El Nabouh Tél: 0522 99 09 22

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, 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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																
			DATE DU DEVIS []																	
			DATE DE L'EXECUTION []																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agrée pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتور عبد الرحمان لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - ليزر - أنجيوغرافي

خريج جامعة منبويلي

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le 17/06/2020 - الدار البيضاء, في

MR CHINAN Zakaria

3 LATOMAX 2

112,50

1 ft 4

84,00

XXX 2

Naalsk 2

صيدلية شفيق
Pharmacie CHAABI
Rue Mohammed VI
Tél: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

Dr. LAAYOUNI ABDERRAHMAN
MALADIES ET CHIRURGIE
DES YEUX
AGRÉE POUR PERMIS DE CONDUIRE
8, Bd Yacoub EL Mansour - CASA
Tél: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

T = 196,50

05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28 : الهاتف - الدار البيضاء - المعاريف - الطابق الثالث - شارع يعقوب المنصور - 8

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3^{ème} Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

ناباك® 10 مل

التركيب:

حمض ن-أسيتيل أسبريتيل الغلوتاميك

الصودي، 4.9% غ

السواغات:

هيدروكسيد الصوديوم أو حمض

الكالوريدريك.

ماء للمستحضرات القابلة للحقن.....

.....كمية كافية لـ 100 مل

قارورة بسعة 10 مل.....330 قطرة

دواعي الاستطباب

يوصف هذا الدواء لتخفيف أعراض

العين ذات الأصل التحسسي (التهابات

المنتحمة، التهابات الجفن و المنتحمة).

اقرأ النشرة بتمعن.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا

تتجاوز 25 درجة مئوية.

لا ينبغي الاحتفاظ بالقارورة لأكثر من

8 أسابيع بعد فتحها لأول مرة.

استعمال موضعي

بالتقطير داخل العين.

لا يترك في متناول الأطفال.

دواء غير خاضع لوصفة طبية.

Naabak®

4,9%

Acide N acetyl aspartyl

glutamique sodique

Collure en solution

10 ml

ناباك®

4,9%

حمض ن - أسيتيل أسبريتيل غلوتاميك

الصودي

قطرات للعين على شكل محلول

10

مل

Sans

conservateur

دون مادة حافظة

Date de première ouverture

تاريخ فتح القارورة لأول مرة

Exploitant/Détenteur de la DE :

Laboratoires Théa 12, rue Louis-Bleriot

63017 Clermont-Ferrand cedex 2

FRANCE

المستتر / صاحب مقر التسجيل :

مخابر ثيا 12 شارع لويس بليريو

63017 كليرمون فيران سدكس 2

فرنسا

NAABAK 4,9%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



Médicament autorisé n° 3400933563585

CE DE Algérie n° : 16/09/17 B 100/022

16/09/17B 100/022 رقم مقرر تسجيل بالجزائر

Enreg. TN : 00000000000000000000

رقم 12

Naabak® 10 ml

Composition :

Acide N-acetyl aspartyl glutamique

sodique.....4,9 g

Excipients :

Hydroxyde de sodium ou acide

chlorydrique.

Eau pour préparations

injectables.....qsp 100 ml.

Flacon de 10 ml.....330 gouttes.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est préconisé

pour soulager les symptômes

oculaires d'origine allergique

(conjonctivites,

blépharoconjunctivites).

Lire attentivement la notice.

A conserver à une température ne

dépassant pas 25°C.

Le flacon ne doit pas être

conservé au-delà de 8 semaines

après ouverture.

Voie locale.

EN INSTILLATION OCULAIRE.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE

DES ENFANTS.

Médicament non soumis à

prescription médicale.

Code CIP 13



3400933563585

1 ml contient :

Substance active : Etabonate de lotéprednol 5 mg (0,5 %)

Autres composants : édétate disodique, glycerine, povidone, eau purifiée, tyloxapol. Hydroxide de sodium/ acide chlorhydrique (ajustement du pH).

Du chlorure de benzalkonium 0,01 % est ajouté comme agent de conservation.

1 ملتر تحتوي على:

المادة الفعالة: إيتابونات اللوتيبريدنول 5,0 % (5 مغ)

المواد غير الفعالة: إيديتات ثنائي الصوديوم، غليسرين،

بوفيدين، ماء مقطر، تايلوكسابول وهيدروكسيد الصوديوم

لتعديل مقياس الحموضة. كلوريد البنزالكونيوم، تتم إضافة 0.01 % كمادة حافظة.

Excipient avec effet :

Chlorure de benzalkonium.

السواغ المؤثر:

كلوريد البنزالكونيوم.

POSOLOGIE USUELLE :

Voir la notice.

الجرعة الاعتيادية:

راجع نشرة العبوة

AGITER VIGOREUSEMENT AVANT

UTILISATION

هز القارورة بقوة قبل الاستعمال

Tableau A (Liste 1)

جدول أ (قائمة 1)

Distribué par Zenith Pharma

Abn Maroc N°: 32 DMP/21/NNP

رت المغرب رقم:

APV = 112,50 DH

POUR UTILISATION OPHTALMIQUE UNIQUEMENT للاستعمال العيني فقط

CONSERVER HORS DE PORTÉE DES ENFANTS

أبقها بعيدة عن متناول الأطفال

Conservation:

Conserver le récipient en

position verticale.

التخزين:

خزن القارورة بالوضعية القائمة.

À conserver entre 15° C et 25° C

Ne pas congeler.

لا يجمد:

خزن بدرجة حرارة ما بين 15 إلى

25 درجة مئوية

Ne pas utiliser Lotemax® après la date de péremption indiquée sur l'emballage et le flacon après l'abréviation utilisée pour la date d'expiration. La date de péremption fait référence au dernier jour du mois.

لا تستخدم Lotemax® بعد تاريخ الانتهاء المبين على الكرتون والقارورة بعد الحروف "EXP". يشير تاريخ الانتهاء إلى آخر يوم في الشهر.

لا تستخدم Lotemax® بعد تاريخ الانتهاء المبين على الكرتون والقارورة بعد الحروف "EXP". يشير تاريخ الانتهاء إلى آخر يوم في الشهر.

NE PAS UTILISER EN CAS DE RUPTURE DU JOINT DE PROTECTION

لا تستخدم القارورة إذا كانت

السادة الواقية مكسورة

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ ET FABRICANT

صاحب الرخصة و الصانع

Bausch & Lomb Incorporated
Tampa, Florida, 33637
États-Unis

BAUSCH + LOMB

Lotemax®

Etabonate de lotéprednol
Suspension ophtalmique
à 0,5 % (5 mg/ml)

لوتيماكس®

إيتابونات اللوتيبريدنول
0,5 % (5 ملغ /مل)

Stérile
Sur prescription médicale
exclusivement

"مستعلق للعين معقم
بوصفة طبية فقط

5 mL

5 مللتر

BAUSCH + LOMB

Lotemax®

Etabonate de lotéprednol
Suspension ophtalmique
stérile à 0,5 % (5 mg/ml)

لوتيماكس®

إيتابونات اللوتيبريدنول
"مستعلق للعين معقم
0,5 % (5 ملغ /مل)

Respecter les doses
prescrites
احترموا المقادير المحددة