

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

- 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.

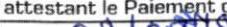
N° : N° W19-542535
34519.

| | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 8135 | Société : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : CHINAN AHMED | | | |
| Date de naissance : 01/01/69 | | | |
| Adresse : RUE IBNAO ABI CSAH N°7 MOARIF 001 | | | |
| Tél. : 0663496875 | Total des frais engagés : 396 DH | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : | 17/06/2020 | Age : | |
| Nom et prénom du malade : CHINAN ZAKHRIS | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> 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 sur un coupon spécial 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 : **09/06/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **Chinan**



| 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 |
| 17/06/2020 | | CS | 200,0000 | INP : 0914061930    Date: 22-98-14 85 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie CHAAIBI Mme CHAAIBI Bou Nouhass El Abdou M'SAH 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 CHAART Mme CH Rue Nouhess Tél: 0522-99-03-12 |

| 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 | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| 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 الرحمن لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - لبز - أنجيوغرافي

خريج

جامعة منبولي

أستاذ مساعد سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le

17/06/2020

الدار البيضاء، في

MR CHINAN ZAKKOKIT

3 LUMENAX 5
m2,50 40x30
84.00
XXX 2 Naalsk 9
Dr. LAAYOUNI ABDERRAHMAN
MALADIES ET CHIRURGIE
DES YEUX
AGRÉE POUR PERMIS DE CONDUIRE
Bd Yacoub El Mansour - CASA
05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28
T = 196,50

صيدلية شارع
Pharmacie CHAABI
Mme CHAABI
Rue Mohamed V
Tél. 05 22 98 14 85

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

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

1 ml contient :

Substance active : Etabonate de lotéprednol 5 mg (0,5 %)
Autres composants : édétate disodique, glycérine, povidone, eau purifiée, tyloxapol. Hydroxyde de sodium / acide chlorhydrique (ajustement du pH).

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

1 ملليلتر تحتوي على:
المادة الفعالة: إيتايبونات اللوتيريدنول 5% (مغ)
المواد غير الفعالة: إديتات ثلاثي الصوديوم، غليسرين، بوفيدين، ماء، مقطر، تايبلوكسابل وهيدروكسيد الصوديوم لتعديل مقاييس المجموعة. كلوريد البنزalconيوم، تم إضافة كمادة حافظة.

0,01%

Excipient avec effet :

Chlorure de benzalkonium.

السواع المؤثر:
كلوريد البنزalconيوم.

POSOLOGIE USUELLE :

Voir la notice.

الجرعة الاعتيادية:
راجع نشرة العبوة

AGITER VIGOUREUSEMENT AVANT UTILISATION

هز القارورة بقوة قبل الاستعمال

Tableau A (Liste 1)

جدول آ (قائمة آ)

Distribué par Zenith Pharma

AMMM Maroc N°: 32 DMP/21/NNP ر.ت. المغرب رقم:

3PV = 112,50 DH

POUR UTILISATION
OPHTALMIQUE UNIQUEMENT
للاستعمال العيني فقط

CONSERVER HORS DE PORTÉE
DES ENFANTS

أيقها بعيدة عن متناول الأطفال

Conservation :

Conserver le récipient en position verticale.

التخزين: حزن القارورة بالوضعيّة القائمة.

À conserver entre 15°C et 25°C

Ne pas congeler.

لا يجمد: حزن بدرجة حرارة ما بين 15-25 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 لوتيماكس®
بعد تاريخ الانتهاء المبين على
الكتونة 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
السدادة الواقعية مكسورة

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

صاحب الرخصة والصانع

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

BAUSCH + LOMB

Lotemax®

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

لوتيماكس®

إيتايبونات اللوتيريدنول

5 % 0,5 مل (مل)

Stérile

Sur prescription médicale
exclusivement

"مستعلق للعين معقم
بوصفة طبية فقط"

5 mL

5 ملليتر

BAUSCH + LOMB

Lotemax®

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

لوتيماكس®

إيتايبونات اللوتيريدنول
مستعلق للعين معقم
5 % (مل / مل)

Respecter les doses prescrites
احترموا المقادير المحددة