

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIÈRE 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° W19-549387

31370

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6127044020	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAMINA M. LVA			
Date de naissance : 21/13/1966			
Adresse : 88 Rue AZORRY 1024 CLASSEUR			
Tél. : 06 67 19 96 94 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin : Dr. LOUBNA KHAYAR OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 88			
Cachet du médecin : 29 JUIL 2020			
Date de consultation : 20/07/2020			
Nom et prénom du malade : CHAMINA LVA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection osseuse			
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'at ^e médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : **Le 23/07/2020** Le : **23/07/2020**

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
20/07/2019 C			300	INP : 34890311 Dr. Loubna KHAYAR OPHTHALMOLOGISTE Dr. Yacoub El Mansour, Rés

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL AMANA Mme. Alaaoui Soumnia Samira Docteur en Pharmacie 13 Rue Amara Beauséjour Casablanca - tél : 05 22 39 09 70.</p>	20/07/20	189,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin a l'hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

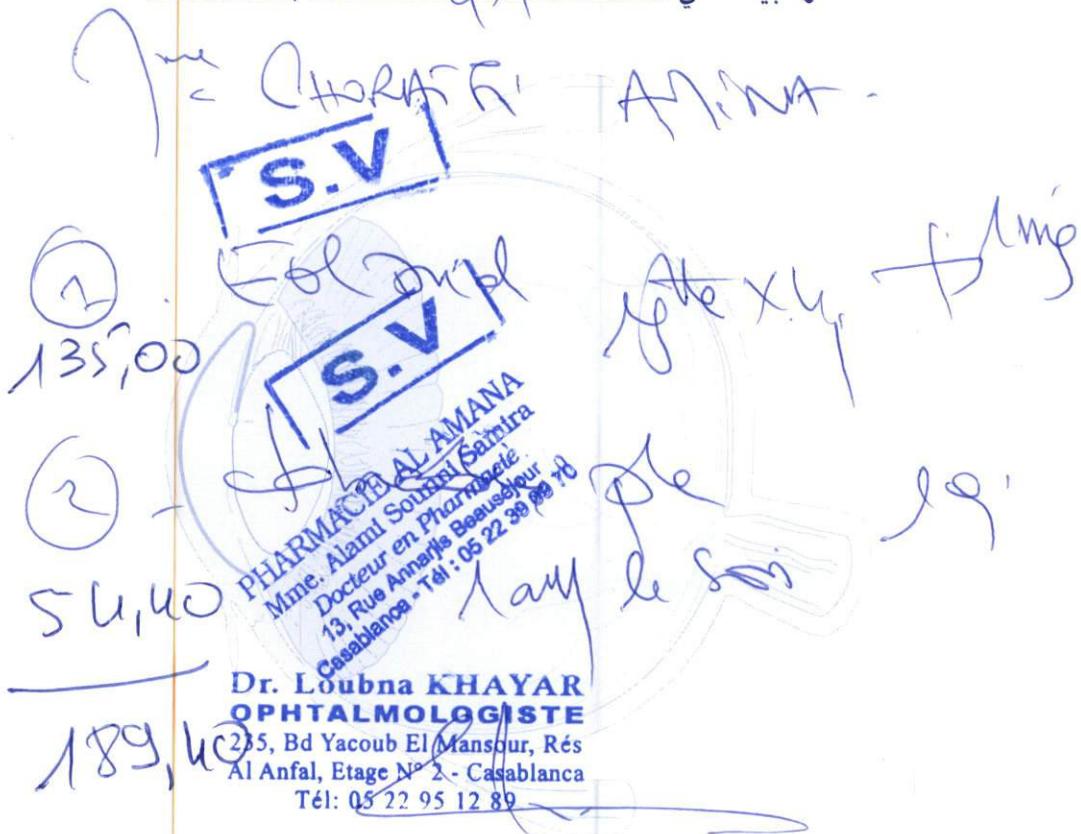
جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء في



صاحب رخصة التسويق
بالمغرب

Laboratoires SOTHEMA
B.P N° 1, 27182
Bouskoura-Maroc

Fabricant :
Alcon-Couvreur N.V.

Rijksweg 14,
B-2870 Puurs

Belgique

Alcon Cusi, S.A
Camil Fabra 58,

08320 El Masnou,
Barcelone Espagne

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES

Tableau A (Liste I) -
UNIQUEMENT SUR
ORDONNANCE

بصرف فقط بوصيب
وصفة طبية

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE
(Tobramycine - Dexaméthasone)

توبيرادكس
مرهم للعين
أدوية مامياترون

TO NOVARTIS

Voie ophtalmique

Chaque gramme de TOBRADEX pommade ophtalmique contient:

Principes actifs: Tobramycine 0,3 %
Dexaméthasone 0,1 %
Conservateur: Chlorobutanol 0,5 %
Excipients: Paraffine liquide, vaseline blanche.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Entposer le tube à la température ambiante (15-25 °C), hors de la vue et de la portée des enfants.

Jeter 30 jours après la première ouverture du tube.

قم بتخزين أنبوب الدواء في درجة حرارة الغرفة (15-25 درجة مئوية).

بعدما عن مرأى و متناول الأطفال.

اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال

يجب رمي هذا الدواء بعد 30 يوماً من تاريخ فتحه.



TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
(Tobramycine - Dexaméthasone)

Tube de 3,5 g
Voie Ophtalmique

NOV

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3,5 G
Boîte de 1 tube PPV: 54,40 DHS
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



6 118001 070602
69020-4

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE

MODE D'UTILISATION/ MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS:
Voir la notice à l'intérieur
VALIDITE: Ne pas dépasser la date de péremption sur la boîte et sur le flacon

Utiliser dans les 3 mois après ouverture:
Ne pas stocker plus de 25°C.
Lire attentivement la notice à l'intérieur
Garder hors de portée des enfants

INSTRUCTION FOR USE/
WARNINGS AND PRECAUTIONS:
See the instruction leaflet.

VALIDITY: Do not exceed the expiry date stated on the box and on the bottle.
Use within 3 months after first opening.

Do not store above 25°C.
Read carefully instructions leaflet

Keep out of reach of children.

DISPOSITIF MEDICAL
MEDICAL DEVICE

0373 STERILE A

C.O.C Farmaceutici s.r.l.
Via Modena, 15 40019
Santa Agata Bolognese (Bo) - Italy

Distribuit par /distributed by
E-PROM PHARMA
Rue Amyot, Q.H.- Casablanca
Marocco

Eole® dual

Hyaluronate de sodium 0,2%
Hypromellose 0,2%

Sécheresse oculaire modérée à sévère

Hydratation
Intense et
Durable



Sans conservateur
Sans phosphates



EOLE Dual 10 ml
Gouttes oculaires

014795

PPC: 135,00



E01 20
02/2023



EOLE dual est une solution ophtalmique stérile lubrifiante, apaisante et protectrice de la surface des yeux.

COMPOSITION:

Hyaluronate de sodium 0,2%
Hypromellose 0,2%

Eaux distillées: Aloë vera,
Camomille, Vaccinium myrtillus
(Myrtille) et Rosa canina (églantier),
Excipients: acide Borique, chloride
de sodium, tetraborate de sodium
decahydraté, WFI.

Eole® dual

Sodium hyaluronate 0,2%
Hypromellose 0,2%

Moderate to severe Dry eyes

Prolonged
& Intense
hydration



Preservative free
Phosphates free



10 ml

Ocular drops