

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 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0708	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SAD Abdellkader			
Date de naissance : 03 - 10 - 44			
Adresse : 152 Av Hrimay Fabrikai (RBA)			
Tél. :	0671 40 04 96	Total des frais engagés : 135,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. MIKOU Samira, ép. ALAOUI ط. م. سامية ميكو العباون OPHTHALMOLOGUE 8, Rue My Slimane, Résidence Royale en face Wilaya Tel: 05 37 20 05 05 - 05 37 20 77 77 </div>			
Date de consultation : 27 OCT. 2020			
Nom et prénom du malade : SAD Abdellkader Age: 76 ans			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant malade : traitement post opératoire			
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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) : 27/10/20

Le : 27 10 2020

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
1 OCT. 2020	CS	0,1	250 Fr	INP : 1011113166

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SARL Av. Aliai Ben Abdellah Tél. 05 37 70 77	27/05/2020	2951 F.D.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VIGA ET SAGUET DU BRÉAISSEUR, AUTEURS ET ÉDITEURS

DATE DE
L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

Page 10

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

100

Dr Samira MIKOU-ALAOUI

Ophtalmologue (Adultes - Enfants)

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de contact, Angiographie numérisée
Laser, Exploration de la rétine, Phakoémulsification

Diplômée de la Faculté de médecine de Rabat
Ancien Ophtalmologiste de l'hôpital des spécialités du (CHU Ibn Sina)
Membre de l'Académie française d'Ophtalmologie



الدكتورة سميرة ميكو-العلوي

أخصائية في أمراض وجراحة العيون (الكبار والصغار)

العدسات اللاصقة - تصوير الأوعية المرئية - الجزء

حرامة المياه البيضاء بالديبيات ما فوق الصوتية

خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقاً بمستشفى الاختصاصات بالرباط
عضو بالأكاديمية الفرنسية لطب العيون

27 OCT. 2020

Rabat, le :

SAD

Abdelkader.

99% play berries

1 levegő \rightarrow pd $\ddot{\sigma}$; OD pár 1×1

pd 53

- Osmose Iggle \downarrow po 3 sem

— Ian

786 x 61; p 18; on 6

Fr_{crit} = Friction factor

~~1. Apple sein pfiffig an~~

8, Avenue My Slimane, App 4 2^{ème} étage, Résidence Royale, (en face de la VILLEZAIA, à côté Station Tram Al Joulane
Tél : 05 37 20 05 05 05 77 77 77

Ly Slimane, App 4 2^{ème} étage, Résidence Royale, (en face de la Wilaya de RABAT)
à coté Station Train Al Joulane

Tél. : 05 37 20 05 05 / 06 06 7111 Fax : 05 37 20 77 77

www.kou-optalmo.ma

134-0537787765

Fucithalmic® 1%

Ne pas avaler – Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

%1 Fucithalmic® %1

قائمة رقم ١ - يوصف طبيعة فقط

Fucithalmic® 1%

Acide fusidique

Gel ophthalmique

AMDIIPHARM

%1 Fucithalmic®

جمهوری فوسلند

مرهم للعين أنبوبية من 3 جرام

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

Durée de conservation après ouverture : 15 jours.

Tube de 3 g

1%

1%

التركيب

دستگاه

النحو والصرف والذكرة في المذاهب والآراء

Digitized by srujanika@gmail.com

النحو في المذاهب الاعلية المحمدية المعرفية

جامعة الملك عبد الله للعلوم والتقنية

Composition 3

Acide fusidique : 30 mg pour 3 g de gel

Excipients : chlorure de benzalkonium, édétate de sodium, mannitol, carbomére, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Excipients à effet notoire : chlorure de benzalkonium
Consulter la notice pour toute information complémentaire

ڄમાંગ પારા
lamjoom Pharma

أَبْسِيْن® 0.3%

١٣٣

كل 1 مل يحتوي على: 3.5 مل هيدروكلوريد السيروتوكوكسسين (ألكوكين 3 مل سيروتوكوكسسين) 0.06 مل كلوريد النيزرالكرو (أوكسيهافن)، بالإضافة إلى كثافة حرارة من 15-15.5°C.

Ophthalmics

مل 5

PPV : 27DH50



6 281200 000395

12500686-02

lcin® 0.3%

**Solution ophthalmique stérile
(Ciprofloxacin)**

1

11

10

Chaque ml contient : Ciprofloxacine chlorhydrate (Équivalent à 30 mg de Ciprofloxacine base)

~~Chlorure de Benzalkonium 0.06 mg (Conservateur)~~

~~Pour Usage Externe Seulement.~~

~~Garde hors de portée des e~~

~~Jeter 30 jours après ouverture. Lire attentivement la notice.~~

Un produit fabriqué par 

20. Alba del Casarinas - Alu Seda - Casuarina -



OSMOZ®

Chlorure de sodium 5%
Solution hyperosmolaire



Lot : A19T1

Exp : 06/2021

P.V.C : 132.00 dhs

Précautions d'emploi :

- Ne pas avaler.
- En cas d'œdème post-chirurgical, à utiliser après la cicatrisation (24 heures).
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur le flacon.
- A utiliser dans un délai d'un mois après ouverture.
- A conserver à température ambiante.
- Refermer soigneusement le flacon après chaque utilisation, tout en vous assurant de l'absence de goutte résiduelle sur l'embout ; la faire éventuellement tomber par un mouvement sec du poignet. (risque de contamination microbienne). Ne pas utiliser si le flacon est endommagé (risque de contamination microbienne).
- Eviter tout contact de l'embout du flacon avec l'œil (risque de contamination microbienne).
- Eviter de toucher ou d'essuyer l'embout avec les doigts ou un tissu non stérile (risque de contamination microbienne).
- Si votre médecin a prescrit un autre collyre, respectez un intervalle de 15 minutes minimum entre les deux installations.
- Tenir hors de la portée des jeunes enfants.



OSMOZ®

Chlorure de sodium 5%
Solution hyperosmolaire



Composition :

Chlorure de sodium 5%.
Autres ingrédients : Eau purifiée, Glycerine 0,9%, citrate trisodique dihydraté, acide citrique monohydraté, hydroxypropyl-methylcellulose.

CE 0426

VOIE OCULAIRE.

Fabrication :

ARISTOPHARMA GmbH
Berlin - GERMANY



Distribution :

BOSON
Casablanca - Maroc

Solution stérile pour usage oculaire

Phyvlarim



HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

16 Unidoses le 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**