

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 opération 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

Nº W19-441499

ND: 49848

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Matricule :

8192

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EDRAZ KAKI

EDRAZ KAKI

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº W19-441499

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

8192

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : 503,20

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOUROUT Secteur 3, N° 3482 AL Wifaq - Témara 102078098	3-10-16	253.20

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	G	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
		21433552 00000000 00000000 11433553		<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste, Chirurgienne
- Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
- Ancien médecin à la clinique
Montchoisi . Lausanne . Suisse



الدكتورة جنان نوال
أخصائية طب وجراحة العيون
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمصحة مونشوazi - لوزان - سويسرا

30/11/2020

Mr. EDDEKKAKI Ahmed

11/12/2020

1/ ZYLET COLLYRE

1 goutte 3 fois , 8 jours

9/10/2020

2/ PHYLARM

2 fois par jour

3/11/2020

3/ FUCITHALMIC 1 % GEL OPHTALMIQUE

1 application le soir , 5 jours

les deux yeux

PHARMACIE AL WOUROU

Secteur 3, N°3482

AL Wifaq - Témara

PHARMACIE AL WOUROU

Secteur 3, N°3482

AL Wifaq - Témara

Docteur JENNANE Naoual
Ophtalmologiste
Avenue AlKarama, N° 3482
Hay Alwifaq - Témara
GSM : 06 51 77 67 31 - Tel.: 05 37 62 70 71

BAUSCH + LOMB

Zylet®

Etabonate de lotéprednol 0.5% et
tobramycine 0.3%

Collyre en suspension ®

زاليات

إيتابونات اللوتيريدنول 0.5%
و توبراميسين 0.3%
مستعلق للعين

**Exclusivement sur prescription
médicale**
Collyre en Suspension Stérile
5 ml

يصرف بوجب وصفة طبية فقط
مستعلق للعين معقم
5 مل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المحددة

Zylet est une marque
déposée de

زاليات هو علامة
مسجلة لشركة
Bausch & Lomb Incorporated
© Bausch & Lomb
Incorporated

1 ml contient:

PRINCIPES ACTIFS: Etabonate de lotéprednol
5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)

EXCIPIENTS : Edétate disodique, glycérine,
povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure
de benzalkonium 0.01%.

Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium
pouvant être ajouté pour ajuster le pH.

يحتوي كل مل على:

مواد فعالة: إيتابونات اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)
و توبراميسين 3 مغ (0.3%)

السواغات: إيديتات ثانوي الصوديوم، غليسرين،
بوفیدون، ماء مطهر، تيلوكسابل، و كلوريد
البنزالكونيوم 0.01%. يمكن إضافة حمض
السولفوريك وأو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل
الـ pH.

Excipient à effet notable :

Chlorure de benzalkonium.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم.

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة I)

POSOLOGIE : Lire attentivement la
notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

**AGITER VIGOUREUSEMENT
AVANT UTILISATION**
ترجمة القارورة بقوة
قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.

للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma

PPV = 117,00 DH

**A TENIR HORS DE PORTEE
DES ENFANTS**

يحفظ بعيداً عن متناول

الأطفال:

Conserver en position
verticale entre 15°C
et 25°C.

NE PAS CONGELER:

تحفظ القارورة في وضع

عمودي مابين 15 و 25

درجة حرارة مؤوية

لا يجمد.

Jeter le flacon 15 jours
après sa date d'ouverture.

يجب رمي القارورة 15 يوماً

بعد تاريخ فتحها.

**A UTILISER UNIQUEMENT
SI LA BAGUE IMPRIMEE
EST INTACTE**

لا يستعمل إلا إذا كانت
الحلقة المطبوعة سليمة

**DETENTEUR/TITULAIRE
DE L'AMM ET FABRICANT :**

صاحب مقرر التسجيل /
الصانع:

Bausch & Lomb Incorporated
8500 Hidden River Parkway
Tampa, Floride 33637
Etats Unis d'Amérique (USA)

AMM Maroc N° : 204
DMP/21/NNP

Fucithalmic® 1%

Ne pas avaler - Respectar les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

%1 Fucithalmic® %1 فوسيتالميك %1

صيغة العين (الجelly)
المكونات الموسومة

قائمة رقم 1 - بوصيف طبية فقط

Fucithalmic® 1%

Acide fusidique
Gel ophtalmique

AMDIPHARM

Composition:

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 notable : chlorure de benzalkonium

Consulter la notice pour toute information complémentaire.

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20

6 118001 200818



المسار العيني (بصري)
يجب عدم الإبتلاء

يجب فراة النشرة الطبية قبل الاستعمال
يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول أيدي الأطفال

مدة الحفظ بعد الفتح: 15 يوم

EPI titulaire de l'AMM au Maroc :
POLYMEDIC
Rue Amyot d'Invile - Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Fabricant :
LEO Laboratories Ltd.
Cashel Road, Dublin 12, Irlande

%1 Fucithalmic®

حمض فوسبيدي
مزيده للعين الجبوبة 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%

التركيب:

حمض الفوسبيديك - 3 ملليغرام - 3 جرام جل (هلام)

المكونات:

كلوريد البنزوكلوبيوم، إيدماتيت الصوديوم، دي-مانانثول، كلارسيونير

(كاربوجل ٦٧١) محلول هيدروكسيد المغنيسيوم، ساء المعنق.

سوانغ تايمز بارز: كلوريد البنزوكلوبيوم

لمزيد من المعلومات انظر النشرة المرفقة

1%