

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.



Déclaration de Mala

N° W19-468682

52960

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

0929

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MOUNHOU KHADIJA

Date de naissance :

1950

Adresse :

06-62-28-49-62

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Lien de parenté :

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACEUTIQUE Pharmacie Assas - Montpellier 34-000 - Tel: 05 62 93 46 33	07 Juin 2016	117,50

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	

tous

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soin

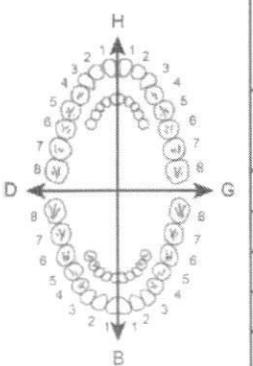
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTÉ

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

07/12/2020

Moummou Khadija

36, 80

Chibroxine C



1 gtté x 6 J

ODG

37, 80

Fucithalmic P



1 app J

X

10
jours

77, 50



صيدلية النزهة
PHARMACIE ANNIA
لؤسليم Assala - Km 6, 4A - Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 93 46 33

RDV le 25 /12/2020

pour AF.

Hôpital Universitaire International Cherif Khallfa
Pr. Ass BOUAZZI Mohamed
Ophtalmologie



فوسيتايليك® 1% هلام للمعينين

فوسيتايليك® 1%

الرجاء قراءة هذه التشرفة كاملاً قبل استعمال هذا الدواء.

احتفظ بهذه التشرفة إذ قد تحتاجون إلى إعادة فرايتها.

إذا كانت لديك سائلة أو زاد كم شكلت، واستهلكوا المطيب أو الصيدلي.
 لقد تم وصف هذا الدواء لكم شخصياً. لا تعمله إلى أي شخص آخر، حتى في حال ظهور عوارض معاينة لعوارضكم لديه إذ قد يكون ذلك ضاراً له.

إذا تفاقم أحد الأثار الجانبية أو لا يختفي ئثر سلبي غير وارد في هذه التشرفة، فاتلعوا طببكم أو الصيدلي على عليه.

في حال استعمال كمية من فوسيتايليك® هلام للمعينين أكبر من الكمية الموصى بها، يجب عليك استعمالها.

في حال تسييم استعمال فوسيتايليك® هلام للمعينين، لا ينبع جرعة مرادوة للمغيرين عن الجرعة التي تسييم ويعتمد على مشتريها الطبيب أو الصيدلي.

في حال توقيته عن استعمال فوسيتايليك® هلام للمعينين، ستخبره الطبيب إدا كتم شكره في الوقت عن الملاج.

في حال توقيته عن استعمال فوسيتايليك® هلام للمعينين، ينبع جرعة مرادوة للمغيرين عن الجرعة التي تسييم ويعتمد على مشتريها الطبيب أو الصيدلي.

إذا كانت لديكم أستهلاك أخرى حول استعمال هذا الدواء، فاتلعوا طببكم أو الصيدلي طلب المعلومات.

ما هو فوسيتايليك® هلام للمعينين وما هي دواعي استعماله؟
 إن هذا الدواء مخصوص للمعينين وأيضاً على تحمل عدوه للأثار.

جوي، الحمض التوتسيدي الذي يعمل على قتل بعض الجراثيم المسؤولية عن الاتهابات، يخص هذا الدواء لعلاج بعض أنواع التهابات المعيتين يشكل موطنهم للهابط الأصل البكتيري (شوكري) الشهير في العين (العيان) الموجود داخل العين، ويعطير عموماً على شكل بثرة على أحد الرموش).

ما الذي يجب معرفته قبل استعمال فوسيتايليك® هلام للمعينين؟
 في حال لاحظتم ظهور أيثار جانبية أو في حال تفاقمت بعض الأثار الجانبية، فاتلعوا طببكم.

ما الذي يجب معرفته قبل استعمال فوسيتايليك® هلام للمعينين؟
 إذا كنت تستخدم فوسيتايليك® هلام للمعينين، ينبع جرعة مرادوة على شكل ونظر الأطفال.

ما الذي يجب معرفته قبل استعمال فوسيتايليك® هلام للمعينين؟
 لا تستعملوا فوسيتايليك® هلام للمعينين بعد انتهاء مدة الصلاحيّة المذكورة على اللبلبة. تشير مدة الصلاحيّة إلى آخر يوم من الشهر.

ما الذي يجب معرفته قبل استعمال فوسيتايليك® هلام للمعينين؟
 لا تستعملوا فوسيتايليك® هلام للمعينين بعد انتهاء مدة الصلاحيّة المذكورة على اللبلبة.



6 118001 070817

**CHIBROXINE 0,3%**

COLLYRE Flacon 5ml - PPV : 36,50 DH

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

POUR CENT, collyre en solution

Norfloxacine

Veuillez lire attentivement
l'intégralité de cette notice avant de
prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un

ilisateur

Si vous avez utilisé plus de CHIBROXINE 0,3 POUR CENT, collyre en solution que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre CHIBROXINE 0,3 POUR CENT, collyre en solution :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Les plus fréquemment rencontrés:
sensations de brûlure ou de picotement local.
- Plus rarement: rougeur et inflammation de l'œil, sensibilité excessive à la lumière, goût amer après l'administration.
- Très rarement: dépôts dans l'œil