

INFORMATIONS IMPORTANTES À LIER POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

UR

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7058	Société : RAMI 92423		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HAJJI SAMILA			
Date de naissance : 11/12/1962			
Adresse : Résidence ALGHAFIKI B17 AgSal RABAT			
Tél. : 0537633826	Total des frais engagés : 885,00		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 	Pr. Abdellah Ben Ali Ophtalmologiste Ex-professeur faculté de médecine et de pharmacie de Rabat Tel: 05 37 67 37 37 Fax: 05 37 67 40 50
Date de consultation : 01/12/2020	Age:
Nom et prénom du malade : AYADIA	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Astigmatisme bilatérale.	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS	
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, le 04 MARS 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
01/10/2020	C		300 Dhs	INP : 11611071011

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALANDI VI Souissi Gabal AV M Hamoudi 71 - 37 75 940	01/10/2020	435,10
		+ 115,90
		550,100

ANALYSES - RADIGRAPHIES

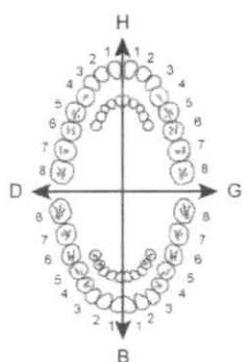
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

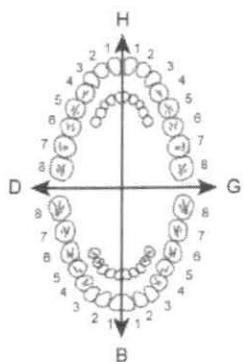
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



PT1901187729

01 février 2020

Mme EL HAJJI Jamila

112,50

LOTEMAX

1goutte x3 /j, dans les deux yeux, pendant 15 jours

90,70

OPATANOL 1 COLLYRE

1goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

OCULARM GEL 149,90 x2 = 299,80

1goutte x 3 / j et a la demnade, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

82,00

OXYMAG 300

1 cp soir

435,10
119,90
585,00

Pr. Abdelghani BERNOUSSI
Ophthalmologiste
Ex-professor Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat
Tél.: 05 37 67 37 37 - Fax: 05 37 67 47 66

www.centrevisionlaser.ma

Ocularm®Gel OSD
Hyaluronate de sodium 0,30 %
Collyre 10 ml
P.P.C : 149,90 DH



6 118002 060022

STERILE A

CE 0483

2°C

Ocularm®Gel OSD
Hyaluronate de sodium 0,30 %
Collyre 10 ml
P.P.C : 149,90 DH



6 118002 060022

STERILE A

CE 0483

2°C

Représentant local :
Laboratoires Alcon

6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura
Opantanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

407252



5 ml
Seringue
0,5% (5mg/ml) (1/20)
Suspension ophtalmique stérile à pH 7,5 ± 0,5
Équivalente de loteprednol 0,5 mg/ml (50 µg/ml)
Lotemax® لوتيمكس

Bausch + Lomb

1 ml contient :

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

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

1 ملليلتر يحتوي على :

المادة الفعالة : إيتوبريدون 5 mg (0,5%)
المواد غير الفعالة : إيدات، ثالث الموديوجون، 0,5%
بودين، ماء، مغطر، باتوكسول، وبندروكسيد الموديوجون
لتتعديل مقاييس المجموعة، كلوريد البرازاكتونيوم، يتم إضافة
كمادة حافظة 0,01%.

Excipient avec effet :

Chlorure de benzalkonium.

السوانح المؤذنة:

كلوريد البرازاكتونيوم.

POSOLOGIE USUELLE :

Voir la notice.

الجرعة الاعتيادية:

رائع شرة العصوة

AGITER VIGOUROUSEMENT AVANT
UTILISATION هز القارورة بقوة قبل الاستعمال

Tableau A (Liste 1)

جدول (Table 1)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N°. 32 DMP/21/NNP

PPV = 112,50 DH

©/TM are trademarks of Bausch & Lomb Incorporated
or its affiliates.

OXYMAG
Magnésium 300 mg

Valeurs nutritives pour un comprimé
Nutrition Facts for one tablet

Valeur énergétique Energy value	9 Kcal (38 kJ)
Magnésium Magnesium	300 mg*
Hydrates de carbone Carbohydrates	170 mg
Sucre Sugar	0 mg
Sucre polyols Polyols sugar	130 mg
Acide organique Organic acid	2,8 g
Sodium	0,112 g

(*):

100 % de l'apport journalier recommandé
100% of Recommended Daily Intake

Complément alimentaire, n'est pas médicament.
Fermer le tube immédiatement après usage.

Tenir hors de portée des enfants.

Conserver dans un endroit frais et sec.

Food supplement not a medicine.
Close the tube immediately after use.

Keep out of reach of children.

Store in a cool and dry place.



6 111250 430012

Lot / Batch n°:

82,00

Exp. date : 01/2022

01/22

PPC : 82,00 DH

CENTRE VISION LASER RABAT

RABAT

Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20B010821	EL HAJJI JAMILA	01/02/2020
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
Total payé		300,00

çu établi par :MOUNA

