

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2051**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**Bennis Rachid**

Date de naissance :

**22 octobre 1953**

Adresse :

**29 Rue Abu Elwarr, Boufqure, Casablanca**

Tél. : **06 61 17 29 62**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Maryem LAMRANI**  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
05 22 94 29 40 et 05 22 94 29 47

  
**MUPRAS**  
19 JAN 2021  
ACCUEIL

Date de consultation : **18/01/2021**

Nom et prénom du malade : **BENNIS Rachid**

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Apparition d'aphthomes pharyngiques**

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 : **Maroc**

Le : **19/01/2021**

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
18.01.21	CS + KF	1	350.00	Docteur Maryem LAKHANI OPHTHALMOLOGISTE 18, bd El Massira El Khadra Casablanca tél : 06 22 94 29 46 et 06 22 94 29 47

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAHJASMA Nadia ZENNAMA avenue du Phare. Résidence Taghazout Danca - Tél.: 06 22 20 28 61	18.01.2021	604,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the top center and 8 at the bottom center. Arrows indicate the direction of movement for each tooth: a vertical arrow pointing upwards for teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8; a horizontal arrow pointing to the right for teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8; and a diagonal arrow pointing upwards and to the right for teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8.

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

الدكتورة مريم العمراني  
مُتخصصة في طب وجراحة العيون - مُنْتَجَة بَارِيز  
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris  
Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris

Casablanca, le 18 janvier 2021

BENNIS Rachid

LABIXTENE



1 comprimé le soir pendant 1 mois

6 118001 070442  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP  
PPV : 90,70 DHS

407252

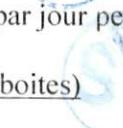
Instiller dans les yeux,

ZYLET



1 goutte par jour un jour sur deux pendant 15 jours

OPATANOL



1 goutte 2 fois par jour pendant 1 mois

PHYLARM X3

PHYLARM (3 boites)

604,40

PHARMACIE DAHJAJMA  
Nadia ZEINIMA  
Avenue du Phare, Résidence Taghzout  
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46 / 47

Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tel. : 05 22 94 28 46 et 05 22 94 29 47

que l'oeil est irrité  
A chaque fois

16 Unidoses stériles de 10 ml



HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

Phyrm

Solution stérile pour usage oculaire

que l'oeil est irrité  
A chaque fois

16 Unidoses stériles de 10 ml



HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

Phyrm

Solution stérile pour usage oculaire

que l'oeil est irrité  
A chaque fois

16 Unidoses stériles de 10 ml



HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

Phyrm

Solution stérile pour usage oculaire

جبل طارق

5 mg (0.5%) et 3 mg (0.3%)

collyre en suspension (جبل طارق) (جبل طارق)

Etabonate de lotéprednol 0.5% et tobramycine 0.3% (جبل طارق)

Zylet® (جبل طارق)

**BAUSCH + LOMB**

1 ml contient:

**PRINCIPES ACTIFS:** Etabonate de lotéprednol

5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)

**EXCIPIENTS :** Edéate 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: إيديات ثانوي الصوديوم، غليسيرين،

بوفيدون، ماء مطهر، تيلوكابول، و كلوريد

البنزالكونيوم 0.01%. يمكن إضافة حمض

السولفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل

الpH.

**Excipient à effet notoire :**

Chlorure de benzalkonium.

**سواغ ذات تأثير معلوم:** كلوريد البنزالكونيوم.

**Tableau A (Liste I)**

**جدول A (قائمة I)**

**POSOLOGIE :** Lire attentivement la

notice intérieure.

**المقادير:** اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

**AGITER VIGOUREUSEMENT**

**AVANT UTILISATION**

**ترجمة الفارسية بقوة**

**قبل الاستعمال**

**POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.**

**للاستعمال في العين فقط.**

Distribué par Zenith Pharma

RPV = 117,00 DH

LOT:14520011  
PER:10/2025  
PPU:99,70 DH

30 comprimés  
Voie orale

# LABIXTEN®

## 20 MG Bilastine



IBERMA



FAES FARMA