

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Optique :

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

## Éducation :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053186

M & signature Avant

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : 72 153

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LEMZAOUI, M. S.

Date de naissance : 1946

Adresse : 82 AV. AYDI BP 3032 LA POSTE MAT FARDAH SETTA

Tél. :

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 : AFFECTION OCULAIRE

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 : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) :

CG

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.

## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15.10.91        | CS                |                       | 200,00                          | ULAMULU<br>Hans-Joachim<br>Molden<br>17.10.91<br>INPE:06       |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                             | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SIDI ELAYDI<br>N° 6 - SIDI ELAYDI<br>TELE: 0523 72 25 48 | 15/08/2021 | 543,00 DH             |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

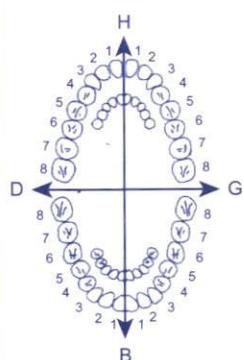
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adionction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Soufiane BADRI**  
**CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE**



الدكتور بدري سفيان.

أخصائي طب وجراحة العيون

Pharmacie SIDI ELAYDI  
N 6 - SIDI ELAYDI  
Tél : 0523 72 25 48

15 septembre 2020

Mr. LEMZAOUI MOHAMMED

1/ DOXYMYCINE 100MG

46,20 x 3 1 comprime par jour le soir, 1 Mois

2/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours puis attendre 12 jours.  
(refaire la procedure 3 mois de suite)



3/ ICOMB COLLYRE

2 fois par jour, 21 jours

4/ NAVILIPO COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, 6 Mois

5/ CORNERGEL GEL

1 application le soir avant le coucher, 6 Mois

543,00

Pharmacie SIDI ELAYDI  
N 6 - SIDI ELAYDI  
Tél : 0523 72 25 48

Dr. BADRI Soufiane Uljma  
Chirurgien - Ophtalmologue  
Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1 , 1<sup>er</sup> étage - Settat  
Tél : 0523 72 26 00 N°P. 06

05 23 71 26 00

07 67 224 295

dr.badri.soufiane@gmail.com

Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1 , 1<sup>er</sup> étage - Settat  
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة النهل 1 الطابق الأول سطات

MAG307A01/06/09

Uniquement en pharmacie  
AMM Allemagne n° 32475.00.00  
DE Algérie n°  
Numéro d'enregistrement en Tunisie: 2743021+  
AMM Maroc : 89/15/DMP/21/NNP

Titulaire et fabricant:  
Dr. Gerhard Mann chem.-pharm. Fabrik  
GmbH Brunsbütteler Damm 165-173,  
13581 Berlin (Allemagne)



®/TM

تعنى علامات تجارية لشركة بوش & لمب  
إنكوربوريتد أو لذركتها الفرعية.  
© بوش & لمب إنكوربوريتد

أه للتصدير فقط  
ت المانيا رقم 32475.00.00  
نم التسجيل بالغرب  
رقم التسجيل بروس

صاحب الرخصة والصانع:  
Dr. Gerhard Mann chem.-pharm. Fabrik  
GmbH Brunsbütteler Damm 165-173,  
13581 Berlin (Allemagne)

Exp.  
تاريخ الإنتهاء  
Date exp.  
تاريخ التسجيل  
Date reg.  
Lot  
رقم الحصة  
199



حالات الاستعمال: لأمراض القرنية. يرجى اتباع التوجيهات الواردة في نشرة الطبية.

Usage ophtalmique. Conservez tous les médicaments dans un lieu sûr hors de la portée et de la vue des enfants. Ne pas conserver plus de six semaines après la première ouverture du tube. Ne pas conserver à plus de 25 °C.

للاستخدام على العين  
احفظ كل الأدوية في مكان آمن بعيداً عن متناول ورؤية الأطفال.  
ارم آلة بقايا من هلام العين حال سنتها أسلبيع من أول فتح الحاوية  
لا يحفظ في درجة حرارة تفوق 25 درجة مئوية

**Composition:** 1g de gel ophthalmique contient 50 mg de dexpanthénol.  
Excipients: cétrimide, carbomère (viscosité de 40 000-60 000 mPa.s),  
édétate de sodium (Ph.Eur), hydroxyde de sodium, eau pour préparation  
injectable q.s.p. 1g.

المكونات: يحتوي 1 غ من هلام العين على 50 ملجم من ديكسبانثينول  
السوائل: سيلزيم، ذاكي بور (الزوجة 40000-60000 mPa.s)، إيدتيك المصنون يوم  
المواءات: سيلزيم، ذاكي بور (الزوجة 40000-60000 mPa.s)، هيدروكسيد الصوديوم، ماء لتحسين المفعول 5.5٪ / 1 غ Ph.Eur)

**Indication:** Pour les lésions cornéennes. Veuillez suivre les instructions  
figurant sur la notice.

4980HFS3002 MAG

3/10/2015  
Z. x 20 x 05  
CIRANTOT

# Corneregel™

DEXPANTHENOL 5% ديكسبانثينول / 5%

Gel ophthalmique / هلام عين

**BAUSCH + LOMB**

كورنير جل

10 g / ١٠ غ

12500798-055

448001 040424

Chaque ml contient :  
Tobramycine 3,0 mg, Dexanethasone 1,0 mg/ml.  
Excipients à effet notoire : Chlorure de Benzalkonium.  
Bien agiter avant usage. Voie oculaire.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**Excipients à effet notoire : Chlorure de Benzalkonium**  
**Bien agiter avant usage. Voie oculaire.**  
**À conserver à une température ne dépassant pas 30° C.**  
**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**  
**Tout flacon ouvert doit être utilisé dans les 4 semaines.**

Tous les accès envoient une offre d'abonnement dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Jeddah, Arabie Saoudite  
AMM N°: 520/17DMP/21/NRQA

**b**  
R2. Alte des Canularas - Ah Sibla - Casablanca - Maroc  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

جمنوجم فارما  
Jamjoom Pharma

٢٠٣

(توماس ميلز: ديكامونيازون)

کارکردهای این مدل برای تولید امسین ۱,۰ ملیون دلار می‌باشد.

كل 1 مل يحتوي على: 30: ملغم توراميسين، 1.0: سواغات ذات مفعول معروف: كلورود البيرالكتونيوم، ريز العصوة جيد أقبال الاستعمال. عن طريق العين.

**عدم الصلة** - ينطوي على المقدار المحدد  
لأنه لا ينطوي على المقدار المحدد

٩ جدة، المملكة العربية السعودية.  
٢٠١٣ - العدد السادس - السنة الأولى

جامعة فارما

Icomb®

SUSPENSION ORIFICE

6

1m 5

أيكومب  
Icomb®

Lot: WNO217  
Fab: 12 19  
Exp: 12 21

PPV: 30 DH 30