

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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 soins 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

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 à caractère personnel.

Optique *72147* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2948*

Société : *RAY*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EMMAOUI M J*

Date de naissance : *1926*

Adresse : *521 ATD BP 3032 LA POSTE HAY FARDAH 36774*

Tél. : *062113000*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie : *AFFECTION*

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) :

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
08/05/21	CS			<i>[Handwritten signatures and a large blue stamp in Arabic]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature and a stamp]</i>	08/05/2021	502.30 D/H

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

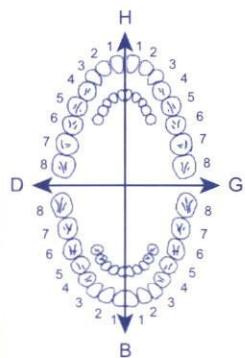
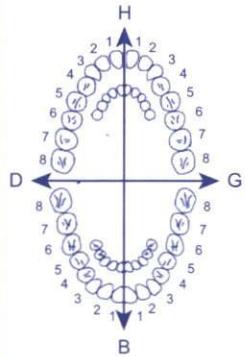
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

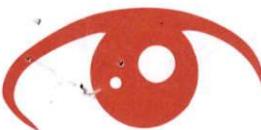
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	D 00000000 00000000			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



لا نغير تاريخ الفحص ولا التاريخ الموجود على اوراق التعاقدية

08 mai 2021

Mr. LEMZAQUI MOHAMMED

(S.V)

1/ HYFRESH COLLYRE

1 goutte 5 fois et à la demande, 6 Mois

2/ XILOIAL ZERO COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, 6 Mois

3/ HYDRAMED NIGHT POMMADE

1 application le soir, 6 Mois

4/ DOXYMYCINE 100MG

1 comprime par jour le soir, 6 Mois

5/ AZYTER. COLLYRE

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

6/ BLEPHAGEL

1 application matin et soir, 2 Mois

7/ DEXAFREE COLLYRE

Le Matin, 21 jours

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^{er} étage - Settat
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة النهل 1 الطابق الأول سطات

Dr ADRI Soufiane
Chirurgien - Ophtalmologue
Bv Hassan 2 , imm Al-Amal 1 ,
Rue Ahmed El Hansali ,
Settat
23 71 26 00 INPE:06 123 123 9



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان
أخصائي طب وجراحة العيون

22 février 2021

Mr. LEMZAOUI MOHAMMED

Le patient est prévue pour une chirurgie de cataracte de l'œil gauche

Dr. BADRI Soufiane
Chirurgien - Ophtalmologue
Angle BV Hassan 2 Rue Ahmed El Hansali,
imm Al-Amal 1 , 1^{er} étage, Settat
0523712600 INPE:061231233

⌚ 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^{er} étage - Settat
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة النهل 1 الطابق النول سطات



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان

أخصائي طب وجراحة العيون

28/09/2020

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DR BADRI SOUFIANE, certifie avoir examiné ce jour Mr. LEMZAOUI MOHAMMED . Son état oculaire nécessite un traitement de sécheresse oculaire à vie.

Le présent certificat est délivré à l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

DR BADRI SOUFIANE

Dr. BADRI Soufiane il est un chirurgien ophtalmologue
Chirurgien Ophtalmologue et Sécheresse Oculaire
Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1 , 1^{er} étage - Settat
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة النهل 1 الطابق الأول سطات
05 23 71 26 00 INPE:06 123 1233

⌚ 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^{er} étage - Settat
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة النهل 1 الطابق الأول سطات

ر. س. ١٢

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

٣ أشتهر

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اوينيتر

المنطقة الصناعية في لا غوري
كوتناس سيدنكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبتلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة ١ - إلا بوصفة طبية

FR

COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone 1 mg
Sous forme de phosphate sodique de
dexaméthasone pour 1 ml de solution.

LISTE DES EXCIPIENTS

Édétate disodique, phosphate disodique,
dodécahydraté, chlorure de sodium, eau
pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

التركيبة AR

فوسفات الديكساميتازون 1 مل
في شكل فوسفات الصودي
الديكساميتازون ل 1 مل من محلول.

قائمة السواغ

أبياتات ثنائية الصوديوم، فوسفات ثنائية
الصوديوم الثنائي عشر الأماهية، كلوريد
الصوديوم و ماء لتحضير الحقن

عن طريق العين.

9300815



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Lot / Fab / EXP



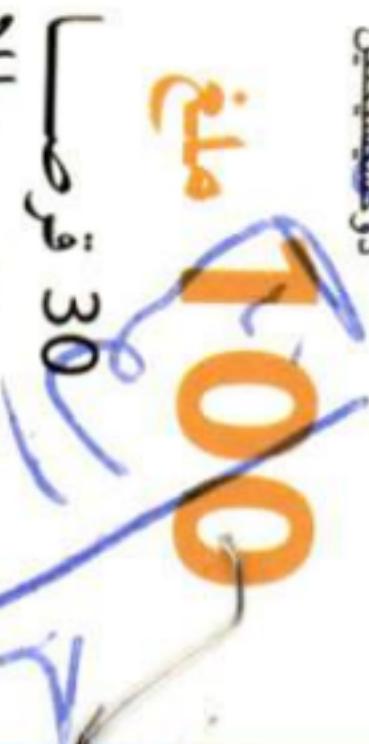
6193
11 2019
11 2022

Théa



LAPROPHAN
لابروفان

دواعي
متى



سيكين

دواعي

30

دواعي



DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 110DH00

EXP 02/2022

LOT 02013 2