

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

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



Declaration de Maladie

N° W21-671629

95899

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1825	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Sehaini Abdellah
Nom & Prénom : Sehaini Abdellah		Date de naissance : 1936	
Adresse : Habidelle		Tél. : 6661564793 Total des frais engagés : 505.20 MAD	
Cadre réservé au Médecin Dr. REZKI SIRINE			
Ophthalmologiste			
Angle Bd Medy et Youssef Ben Abbes - 1000 Casablanca Entrée B. Appartement 1001 étage Berrechid			
Cachet du médecin : 13 DEC. 2021			
Nom et prénom du malade : Ben salmia zoubida Age: 60			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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'at: médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : Beni Mellal

Le : 13.12.2021

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
13 DEC 2021	1C1S + F	100% OPÉRATIONNEL	INP : [REDACTED]	<i>E. Mansour</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie 115 22 85 82 - Barachid</i>	13/12/21	205,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

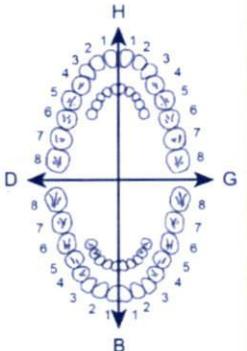
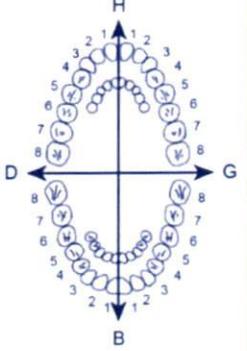
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

SOINS DE DENT	Fractions	Soins	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	
D	G	00000000 00000000 35533411 11433553	B
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
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'EXE

Dr.REZKI Sirine
Maladie et Chirurgie des Yeux
cien médecin des hôpitaux de Toulouse
médecin de l'hôpital 20 aout de Castelnau
Chirurgie de la cataracte par phaco
Opération, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser
lles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقہ بھسٹن شفیات تولوز

طبية سابقة بمستشفى ٢٥ غشت بالدار البيضاء

جريدة الجلالة بالصدى . تصحيح البصر بالليزر

تصویر لذوعبة الشبكية . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

ZENITH PHARMA
PPC: 37,20 DH

13 décembre 2021

Mme BENSALMIA Zoubida

FLORAVISION

goutte 4/jours, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 15 jours

PHYSIODOSE 12 UNIDOSSES 5 ML GN

lavage oculaire en cas de démangeaisons, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

~~Pharmacie Dr Sénéchal
Lot Dr. Séraphin
Tél.: 05 22 32 65 85 - Entrée Berrechid~~

Dr. REZKI SIRINE
Ophtalmologiste
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour
Entrée B Appart' 5 -
Berrechid - TAI : 0522.51.75.30
er étage

yeux, pe

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم ٥ - برشيد زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed
(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid
Tél: 05 22 51 75 39/WhatsApp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

INDOCOLLYRE® 0,1%

Indométacine
collyre en solution



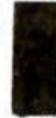
Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'elle plus tard. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



PPV 58,00 DHS

LOT/ عبار
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
H7419
08-2021
11-2022



- La substance active est l'indométacine, (5 mg pour 5 ml).
- Les autres composants sont le thiomersal, l'hydroxypropylbétacyclodextrine, l'arginine, solution diluée d'acide chlorhydrique 1M, l'eau purifiée q.s.p. 5 ml.

Liste des excipients à effet notable : Thiomersal (0,5mg)
Flacon de 5 ml.

Détenteur de la DE/ de l'AMM :
LABORATOIRE CHAUVIN
416, rue Samuel Morse – CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2
France

Nom et adresse du fabricant et conditionneur:
LABORATOIRE CHAUVIN
Z.I. Ripotier Haut
07200 AUBENAS – France

Distribué au Maroc par:
Zenith pharma
96, Zone Industrielle.
Tassila Inezgane.
Agadir Maroc

INDOCOLLYRE® 0,1 %, collyre en solution contient du Thiomersal.

3. COMMENT UTILISER INDOCOLLYRE® 0,1 % collyre en solution?

A titre indicatif, la posologie chez l'adulte est de :

- inhibition du myosis per-opératoire : 4 gouttes la veille de l'intervention, 4 gouttes dans les 3 heures qui précèdent l'intervention
- prévention des manifestations inflammatoires liées aux interventions chirurgicales de la cataracte et du segment antérieur de l'œil : 1 goutte, 4 à 6 fois par jour jusqu'à complète disparition de la symptomatologie en débutant le traitement 24 heures avant l'intervention ;
- traitement des manifestations douloureuses oculaires liées à la kératotomie photoréfractive au cours des premiers jours post-