

# 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 :

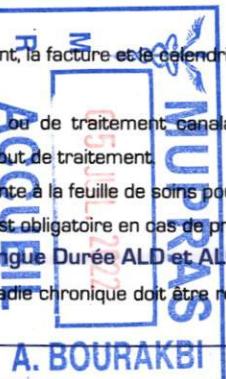
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement 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.



A. BOURAKBI

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : RAFM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR TMOUlik m<sup>me</sup> Jemal Edhe

Date de naissance : 24 888 1955

Adresse : RAFM

Tél. : 0661 18 2181 Total des frais engagés : # 435 # Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/06/2022

Nom et prénom du malade : TMOUlik m<sup>me</sup> Jemal Age : 67

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Conjunctivite allergique

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 : RAFM Le : 08/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : SGV/AB

#### **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
8/10/22	CD		3.000,-	Dr. J. A. Bait Lahem, Opticien, Optometriste, Rue Bait Lahem, Abou Dabi, Tel: 05 3773 44 15, 06 6371 65 15

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GALAXY SANTE Dr ELFADILI Avenue Mohammed Belhassan Eguazzini Rabat - Tél : 0537 6360 56	8-6-20	1135,60 X

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

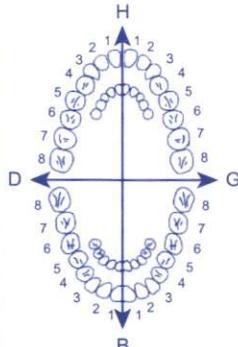
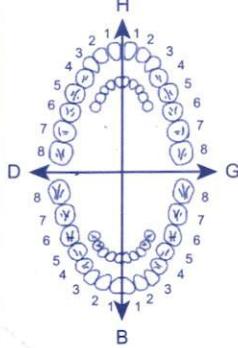
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Rabat, le 08 juin 2022

Mr. TMOULIK Mohamed Jamal  
Eddine

1/ OCUSERUM

lavage oculaire 8 fois par jour pdt 8 jours puis 2 fois par jour  
dans l'œil droit

2/ ZALERG COLLYRE

1 goutte matin et soir, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

3/ AZYTER

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours, dans l'œil droit

102070133  
PHARMACIE GALAXY SANTE  
Dr ELFADILI  
Avenue Mohammed Belhassan Elouazzani  
Rabat - Tél.: 05 37 63 60 56

macie Galaxy Santé  
Avenue Mohammed Belhassan  
El Ouzzani - RABAT  
Tél. : 7.63.60.56  
E-mail : galaxysante@gmail.com

Dr. Omar LEZREK  
Ophtalmologiste  
n.B, Rue Bait Lahem, Appt. N°4  
Rabat - Tel.: 05 37 73 44 17  
GSM : 06 63 71 65 75

# Zalerg 0,25 mg/ml

Date de première ouverture

تاریخ الفتح لأول مرة

Collyre en solution  
(au minimum 150 gouttes)

**Composition :**

Kétotifène.....,0,250 mg  
Sous forme d'hydrogénofumarate  
de kétotifène.....,0,345 mg

Pour 1 ml

**Liste des excipients :**

Glycérol, hydroxyde de sodium  
(ajustement du pH), eau pour  
préparations injectables

**VOIE OPHTALMIQUE**

**Lire la notice avant utilisation.**

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA  
PORTÉE DES ENFANTS.

Durée de conservation après la  
première ouverture : 3 mois

**Fabricant :**

FARMILA THEA FARMACEUTICI SPA  
Via Enrico Fermi, 50  
20019 SETTIMO MILANESE (MI)  
ITALIE



**Soyez prudent**

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

NIVEAU 1

MA  
Enreg. MA : 249/2020 DMP/21/NRQd



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amrina DAOUDI

• Théa

**Composition :**

solution stérile de chlorure de sodium 0,9%

A conserver à une température ne  
dépassant pas 25 °C

**OCUSERUM®**

Chlorure de sodium 0,9%

20 Unidoses 5 ml

P.P.C : 59,90 DH



6 118002 060053

OCUSERUM®: AMM N° 2896/8523/2016/DMP/20/DM



STERILE A

CE 0318