

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1546 Société : Ram

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : Ouhmi Moha

Date de naissance : 1968

Adresse : 46 Rue Sallam El Aouda

A Berchid

Tél. 06 61 89 27 51 Total des frais engagés : 6.84,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/06/2022

Nom et prénom du malade : Ouhmi Moha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite + Otite + HTA

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 : D.F. Le : 19/10/2022

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
22/06 22	IC	x1	150 DT	<i>Eduaria GHAMRAZI Médecine Générale N° 123 05 99</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
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
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION				

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le : 22/06/2022 برشيد، في:

181,00

OLHMI Moha

SC.0.

1) Amoxil 1g 4 CP

1 CP

X 2/1]

1.0-

SC.0.

2) Kinbew 100P 31g

(35,00)

calc

X 2/1]

CODE No/DU CODE
MH/DRUGS/AYU-146
B No./No.LOT.CK0110F
MFD./FAB. 06/2020
EXP. 05/2024
(01) 1890 111009250
(21) YKYNKX2J3C1364



PPC : 55,00 DH

3) To bradex Collyre
1 gtté / œil X

19,00

115,60

4) Antibiosynalate
1 gtté / oreille X

(111.10 x 3)

125,60

5) Bipretex 3cp X

T = 534,10

Dra. Soumia GHAMRAOUI
Méd. Générale Générale
Echographie Générale
Berrechid - Tel.: 05 22 33 65 99

ANTIBIO SYNALAR

19,40

PPV: 55,00 DH
LOT: 647839
PER: 08/23

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

TOBRADEX®

Collyre en suspension

Tobramycine et Dexaméthasone

0.3/0.1%

Flacon de 5 ml

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute ou si vous avez des symptômes indésirables, parlez-en à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autrui, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui causer des dommages graves. Les maladies sont identiques aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien.



6 118001 070596

Laboratoires SotHEMA Bouskoura

Tobralex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

406835 MA

X
Si les signes de leur

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **TOBRADEX collyre en suspension** et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **TOBRADEX collyre en suspension** ?
- 3- Comment prendre ou utiliser **TOBRADEX collyre en suspension** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **TOBRADEX collyre en suspension** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE TOBRADEX collyre en suspension ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

La suspension ophtalmique TOBRADEX contient les principes actifs tobramycine (antibiotique) et dexaméthasone (glucocorticoïde à action anti-inflammatoire) et s'utilise pour le traitement de certaines inflammations de l'œil causées par des infections oculaires.

La suspension ophtalmique TOBRADEX doit être utilisé uniquement sur ordonnance médicale.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBRADEX collyre en suspension ?

Contre-indications :