

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0011127

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1857 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme NOR Aicha

Date de naissance : 21/01/1950

Adresse :

Tél. : 06.41451591

Total des frais engagés : 45,90 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 longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 17/08/2022 Casablanca

Le : 17/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : R. Aicha

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. MARY AZENNAR Centre Commercial Casa Green Town Tunisie - Tél. : +216 520-52359 | 01/07/22 | # 45,50 F |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

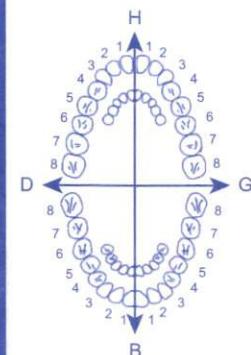
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

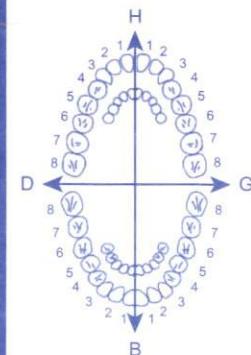
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة بجامعة سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 01 juillet 2022

Mme NOR Aicha

٤٥٩٠

1/ CILOXAN COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

2/ MASSAGE DU SAC LACRYMAL

dans l'œil gauche

3/ PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire , dans l'œil gauche

٤٥٩٠



39, زنقة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المغاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

COLLYRE
CILOXAN® 0,3%

04 2023

16XP1D

EXP :
Lot :

889391 MA

5

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

لا بيلع.

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT
SUR ORDONNANCE

جدول 1 (الاحقة 1): بصر فحص
بموجب وصفة طبية



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

كن حذرا لا تقد السيارة دون قراءة
النشرة

Titulaire d'AMM au Maroc:
صاحب رخصة التسويق بالتجزء

Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1 - 27182
Bouskoura-Maroc

Fabricant :
التصنيع
Alcon-Courtrai N. V.,
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique
Alcon Cusí, S.A.
Camí Fabra 58, 08320 El Masnou,
Espagne

CILOXAN® 0,3%

سيلوكسان 0,3 %

COLLYRE

قطرات العين

Ciprofloxacin

سيبروفلوكساسين

5 ml 5 مل

NOVARTIS

Vole ophtalmique
EN INSTILLATION OCULAIRE

COMPOSITION :

1 ml de collyre contient 3,5 mg
Chlorhydrate de Ciprofloxacine
(3 mg de ciprofloxacine-base)

Excipient à effet notable :
Chlorure de benzalkonium.

Lire attentivement la notice avant
emploi.

A conserver à une température
ambiante (15°-25°C), à l'abri de la
lumière et de la chaleur.

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

Ne pas mettre au réfrigérateur.
Ne pas congeler.

Ne pas utiliser au delà de 30 jours
après la première ouverture du flacon.

عن طريق العين، للتقطير في العين.

التركيبة:

يحتوي 1 ml من سيلوكسان قطرات
العين على: سيفروفلوكساسين

هيدروكلوريد (النالدة الفالات) ملخ
(= 3 بلغ من سيفروفلوكساسين قاعدة)

سواخ ذات تأثير معروف

كلوريد البنزاكتوكينيوم

يجب قراءة النشرة قبل استخدام الماء.

يقطف في درجة حرارة معتدلة 15-25

درجة مئوية بعيدا عن النهوض والحرارة

يحفظ الماء بعيدا عن الحرارة ومتناول الأطفال

لا يوضع في الثلاجة ولا يجمد

لا يستخدم بعد مرور 30 يوم على اليوم
الذي قدم فيه يفتح القانية لأول مرة.