

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

- Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-584738

13/16/22

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 8062 Société : Royal AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionnée(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BISTARINE AHMED		
Date de naissance : 01/01/1962		
Adresse : Rue 15 N° 6 ERAC BNEZGANE		
Tél. : 06 68 32 46 98	Total des frais engagés : 169,40 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	DR. SOUFI. G. Ophtalmologiste Imm. Tifaouine, Bloc E2, Étage N° 4 Angle Av. Mouquaouama, Rue Oued Ziz AGADIR - Tél: 05 28 84 20 32
Date de consultation :	06/07/2022
Nom et prénom du malade :	BISTARINE EL MEHDI
Age:	21
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Consultation ophtalmologique.
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 : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/07/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
06/07/2012	C	50%	600Dhs	INP : 04.11.74855  Dr SOUFI, L. Ophtalmologiste imm. Tifaouine, Bloc E2, Etage N°4 Angle Av. Mohamed V et Avenue, Rue Oued Ziz AGADIR - Tel: 05 28 84 20 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Tél: 0528822074	06/07/2022	169.40

042024281

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D G <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SQUIFI Ghizlane

Ophthalmologiste

Diplomée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancienne interne au CHU de Rabat - Salé

Ancienne interne au CHNO des XV-XX Paris

الدكتورة غزلان الصوفي

أخصائية في طب وجراحة العيون

خرسanche كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى XV-XX بباريس

06 juillet 2022

Mr. BISTARINE Elmehdi

ZENITH PHARMA

PPC : 38,20 DH

INSTILLER A L'OEIL GAUCHE:

38,20

1-PHYSIODOSE

un lavage oculaire x 2/j pendant 10 jours

16,60

2-AZYTER

1 goutte x 2/j pendant 03 jours

28,60

3-CHIBROCADRON

1 goutte x 3/j pendant 10 jours

26,40

4-STERDEX

1app/j le soir au coucher pendant 10 jours

169,40

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Rouskoura - MAROC



6 118001 071425

DR. SOUFI. G.
Ophthalmologiste
Imm. Tifaine, Bloc E2, Etage N°4
Angle Av. Moukaouama, Rue Oued Ziz
AGADIR - Tel: 05 28 84 20 32



Bd Moukaouama ang .rue Oued Ziz, Résidence Tifaouine

Bloc E2 4ème Etg, Appt n°4. Q.I- AGADIR

E - mail : drsoufi.g@gmail.com

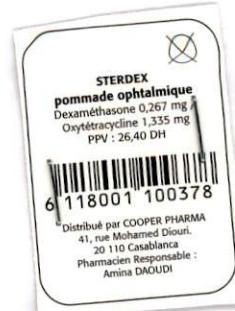
Tél : 05 28 84 20 32

شارع المقاومة وشارع واد زيز إقامة تيفاوين. عمارة E2

الطابق 4، الشقة 4، الحي الصناعي، أكادير

البريد الإلكتروني : drsoufi.g@gmail.com

الهاتف : 05 28 84 20 32





أزيثروميسين

Sans conservateur

6 récipients unidoses de 0,25 g
Collige en solution

Azyter 15 mg/g / أزيتير 15 مغ/غ

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتير 15 مغ/غ

أزيثروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيثروميسين
ثاني الاماهة 15 مغ
لـ 1 غ من محلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من محلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيثروميسين
الثاني الاماهة.

السواح :

ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ

رقم التسجيل بالمغرب

258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g

Collyre, 8/6 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

المصنع: مخابر أونيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتتس سيدكس 50211 - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يبتلع - لا يعطى
لتحريم امتحانات الموسومة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - إلا بوصفة طبية