

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12394 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHIRAOUI chafiq addine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 71 23 22 00

Total des frais engagés :

340,00

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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'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 : Benmeddad

Le : 04/11/2018

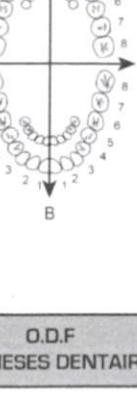
Signature de l'adhérent(e) :



| 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 |
| 04 OCT. 2022 | ACTS | 50,00 DH | INPE 081184723 | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Reçus du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Reçus du Pharmacien ou du Fournisseur</i> Lalla Doc LAYALI | 07/10/2022 | 90,10 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | DÉBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> B <input type="text"/> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | | | | 25533412 | 21433552 | | | | | |
| | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | |
| | | | | CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | |
| | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | |

Dr.REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة ساقية بمستشفيات تناور

طبيبة ساقية بمستشفي ٢٠ عشت بالدار البيضاء

جراحة العين بالصدى، تصميم العين بالليزر

تصوير النوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، عدسات الشبكية

تصویر النوعیة الشبکیة، عدسات اللاصقة فحص الشبکیة

04 octobre 2022

Mr. EL KHIRAOUI Chraf Eddine

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = - 1.25 (- 0.50 à 120°)

OG = - 0.75 (- 0.25 à 95°)

PHARMACIE LAYALI
Lalla Sana CHABBOUBA
Docteur en Pharmacie
LAYALI 2 N° 99 Berrechid

MASSAGE PAR COMPRESSE TIÈDE

3 fois par jour, dans l'œil gauche

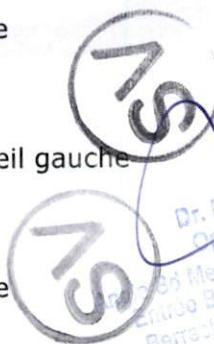
TOBRADEX: COLLYRE CL

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

TOBRADEX POMMADE

3 fois par jour, dans l'œil gauche

Traitements pendant : 15 jours



Dr. REZKI SIRINE
Ophtalmologiste
Rue 23a Med V et Yacoub El Mansour
Entrée 3 Agot n° 5 - 1er étage
Berrechid Tel : 0522.51.75.39

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور
فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا (قاومة الحاج أحمد الطابق النول المدخل B الشقة رقم 5-برشيد)

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

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

TOBRADEX

Collyre en suspension

Tobramycine/Dexaméthasone

0,3/0,1%

Flacon de 5 ml

| | |
|---|-----------|
| V | |
| G | |
| S | |
| m | |
| 6 118001 070596 | |
| C Laboratoires Sothema Bouskoura | |
| pi Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml | |
| AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO | |
| Site de 1 flacon. | |
| dan V : 35,70 DH | 406836 MA |

ette notice avant de prendre ce médicament.
soin de la relire.

ez un doute, demandez plus d'informations à votre

nt prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, cela
leur maladie sont identiques aux vôtres.
e ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné
in, ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

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

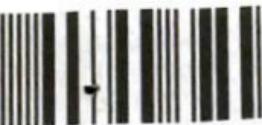
1- QU'EST-CE QUE TOBRADEX, COLLYRE EN SUSPENSION ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

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 accompagnées d'une infection oculaire bactérienne.

La suspension ophtalmique TOBRADEX n'est délivrée que sur ordonnance et doit être utilisée uniquement sur prescription du médecin.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBRADEX, COLLYRE EN SUSPENSION ?

770572 MA



NOVARTIS

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

TOBRADEX®

Pommade ophtalmique

To/ **TOBRADEX®**
0,1% asone
POMMADÉ OPHTALMIQUE 
0,3/0,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Tu Laboratoires Sotherma, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



V a 6 118001 070602
690206 MA

égralité de cette notice
ent.

auriez avoir besoin de la

relire.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute
plus d'informations à votre médecin.

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous souffrez d'une autre maladie, d'allergies ou si vous prenez d'autres médicaments (même en automédication!)/vous prenez ou utilisez déjà d'autres médicaments en usage interne ou oculaire.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

L'utilisation de la pommade ophtalmique TOBRADEX est déconseillée pendant la grossesse.

L'utilisation de la pommade ophtalmique TOBRADEX est déconseillée pendant l'allaitement. Vous devez donc soit cesser d'allaiter, soit arrêter le traitement.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

La vue pouvant être provisoirement troublée juste après l'application de la pommade ophtalmique, il est recommandé d'attendre que le symptôme disparaîsse avant de conduire un véhicule ou d'utiliser une machine.

3- COMMENT UTILISER TOBRADEX, POMMADÉ OPHTALMIQUE