

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9751

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Qua D Ry

Azi Z

Date de naissance : 10/10/1962

Adresse : Même

Tél. : Total des frais engagés : TRYOUT Merieme

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. TRYOUT Merieme
Ophthalmologue
52, Bd el khait Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/9/2022

Nom et prénom du malade : Qua D Ry Azi Z

Age:

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 :

Le : / /

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
1/3/2022	CT		G	Dr. ZRY Omeid Merieme 52 Bd. el Khalil Hay Abdellah - Casablanca Tél: 05 22 52 38 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SARL DOCTEUR TAOUFIK BARAZZOUK	01/03/22	PHARMACEUTIQUE CASABLANCA SARL AU DOCTEUR TAOUFIK BARAZZOUK 48, Rue 1 Lot. Hafdia Les Crêtes Ain Chock Casa - Tél.: 0522 507 257 INPE : 092006857

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	D	00000000	00000000	DATE DE L'EXECUTION
	B	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				

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

اختصاصية أمراض
و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكرى العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموي

بخصوص السياقة

Le : 01 septembre 2022 في :

Mr. QUADRY Aziz

152.50

VALEX: CP

1 cp matin & 1 cp le soir, après repas, pendant 7j

VIRGAN: pde

1 application 5 fois / jour, dans l'œil droit, pendant 5j

CELLUVISC

كل ساع

un goutte chaque heure , dans l'œil gauche, pendant 2j

T = 292.50

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. el Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

LOT 22004
PER 05/2025
PPV 152DH50



FR

NOTICE : INFORMATION DE

Virgin 1,5 mg/g, gel Ganciclovir



6 118001 101092

VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- 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. Voir rubrique 4.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE VIRGAN 1,5 mg/g, gel ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER VIRGAN 1,5 mg/g, gel ophtalmique ?
3. COMMENT UTILISER VIRGAN 1,5 mg/g, gel ophtalmique ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?

VIRGAN 1,5 mg/g

Le tube doit être conservé verticalement entre les instillations tête en bas, grâce au socle amovible fourni dans la boîte.

Durée de traitement

Habituellement, la durée du traitement ne dépasse pas 21 jours.

Si vous avez utilisé plus de VIRGAN 1,5 mg/g, gel ophtalmique que vous n'auriez dû :
Continuez votre traitement conformément à la prescription de votre médecin.
Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.