

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031140

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : 41371

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRAIBI Farid

Date de naissance : 1949 à FES

Adresse : 10101 Attaklamane Rue 6 Casablanca

Tél : 06 66 19 85 68 Total des frais engagés : 300 + 389,10 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 : Le : 20/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/9/22	389.10

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

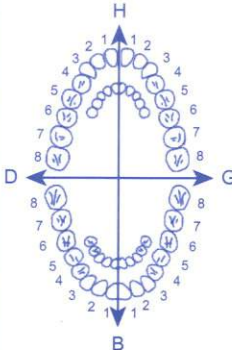
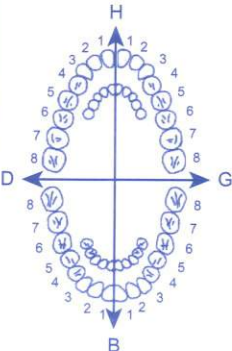
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

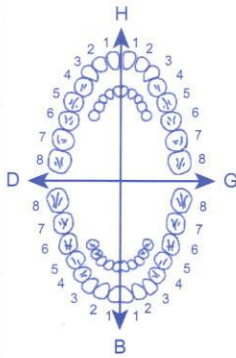
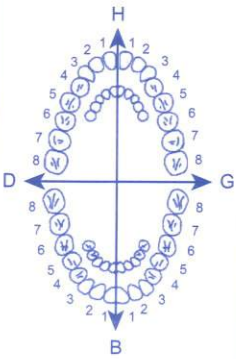
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553				B						
	H			G																														
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	B																																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div>B</div><div>G</div></div>			Coefficient des Travaux	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			Montants des Soins	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 23.08.22

CARTEOL L.P. 2% LOT/عباءة H/504
Collyre 3ml FAB/شركة الإنتاج 08-2021
ZENITH PHARMA EXP/شركة الإستهاء 05-2023
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 84,90 DHS

M. Faouel chraïbi

76.20

1) Anzyten



1/10 d 2/5 pdr 3/5

a acete pdr 1/5

pdr o' renouveler

129.00

2) Visneurox



99.00

1/1 - 3/5

3) dyl



84.90

1/10 d 2/5

4) Corkeo



389.10

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabi Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Solution ophtalmique stérile
Flacon de 10 ml e

visneurox
Omkl

Citicoline et Acide
Hyaluronique

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 129.00

OPKO

صيدلية صوفيا
PHARMACIE SOPHIA
Pharmacie Ep. Sidoui
Mme. Benbrahim Ep. CASA
214, Tél: 0522 36 01 64

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Prof. HIND SAMI
Ophtalmologie

Azyter® 15 mg/g أزيترو 15 مغ/غ

Collyre en solution en récipient unidose
Azithromycine dihydrate
Récipient unidose de 0,25 g
Boîte de 6 récipients unidoses

قطرات للعين على شكل محلول في وعاء أحادي الجرعة.
أزيتروميسين ثنائي الاماهة
وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,25 غ
علبة من 6 أوعية أحادية الجرعة.

Sans conservateur

دون مادة حافظة



Lot : 265AZ
Fab : 01/2022
EXP : 07/2023

AR

عن طريق العين. اقرأ النشرة قبل الاستخدام. ينزع بعينا عن رؤية و متناول الأطفال. تحفظ الأوعية الأحادية الجرعة في الكيس بعينا عن الضوء. بعد فتح الجرعة الأحادية: تستعمل حالا. يجب رمي الجرعة الأحادية لتفويجة سائلة بعد استعمالها. لا تحفظ بها لاستعمال لاحق. يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

المالك: مخابر ثيا - 12 شارع لويس بليريو رقم - 63017 كلارمون فران ميديكس 2 - فرنسا

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 :
Triglycériles à chaîne moyenne.

AR أزيترو 15 مغ/غ

أزيتروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيتروميسين
ثنائي الاماهة 15 مغ
لـ 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من المحلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين
الثنائي الاماهة.

السواغ :
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



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diour, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتز
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس ميديكس 50211 - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يبلع - لا يحقن
احرص الجرعات الموصوفة
LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - إلا بوصفة طبية

86ETN1573
66ETN1573/F



**À chaque fois
que l'œil est irrité**

16 unidoses stériles de 10 ml



Phylarm

Solution stérile pour usage oculaire

Solution stérile pour usage oculaire

Phylarm

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS



16 unidoses stériles de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 102 140 / 2022 du 13/08/2022

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 13/08/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/08/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00