

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.

M22- 0031140

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3264	Société :	41371
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CHRAIBI Fakir	
Date de naissance :		1949 a/ FES	
Adresse :		10000 Attadhamine Rue 6 No 57 DULFA	
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) :

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.

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
13/09/22	6		5	Signature du Médecin attestant le paiement des honoraires

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
0920	13/09/22	389.10

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
		A	M	P	C	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

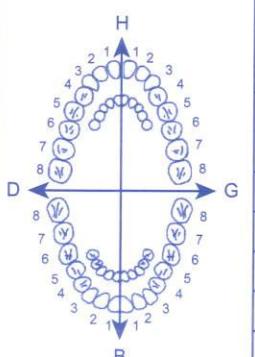
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 23.08.22

CARTEOL L.P. 2% عبارت عن
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الإنتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM 08-2021
6118001270040 PPV : 84.90 DHS

Dr. Faouel chraibi

26.20

1) Azysten (S.V)
1Ml x 2/j pdr 3/j

a arête pdr 3/j
puis à renouveler

129.00

2) Visneurox (S.V)

99.00 1Ml - 3/j

3) Dhy (S.V)
84.00 1Ml x 2/j

4) Corheo (S.V) 15 lepi's

صياغة
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim EP. Slaoui
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tel: 0522 36 01 64

Solution ophthalmique 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

Tributaire : LABORATOIRES THEA - 12, rue Louis Blériot - 53017 CLERMONT-FERRAND - Cedex 2 - FRANCE

أزيتر 15 مغ/غ AR

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

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

السواح :
ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

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.



Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



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

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
21 de la Guérine - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخبر أونيتر
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتين سيدن - 50211 - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

لا ينفع - لا يعطى
نقطة العلاج الموصولة
LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - لا بوصة طبية

AR

ال الثالث 250 مغ 14,3 مغ
ثاني الاماهة 3,75 مغ 15 مغ
لـ 1 غ من المحلول

Azyter[®]
15 mg/g
أزيتر[®]
15 مغ/غ

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

قطارات للعين على شكل محلول في وعاء أحادي الجرعة.
أزيتروميسين ثاني الاماهة
وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,25 g
علبة من 6 أووعية أحادية الجرعة.

Sans conservateur

دون مادة حافظة

• Théa

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

86ETN1573
66ETN1573/F



que l'œil est irrité
À chaque fois

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 Sous-Total	300,00 300,00
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