

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 ALQ :

- 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° M20- 0006710

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8223 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUGTA LEILA ep CHRAÏBI
Date de naissance : 08/06/1963
Adresse : N°37 Rue 39 Lotissement AL LAÏMOUN 2
HAY HASSANI. CASABLANCA
Tél. : 0661188148 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 02 / 2023
Nom et prénom du malade : BOUGTA LEILA 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 : CASABLANCA Le : 28 / 02 / 23
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
23.02.2023	C3		gr	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgonneur

Date

Montant de la Facture

28/2/23

2050

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
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

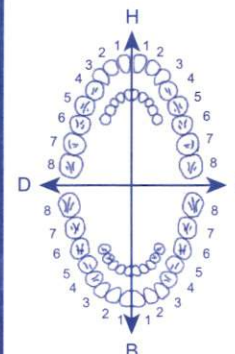
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

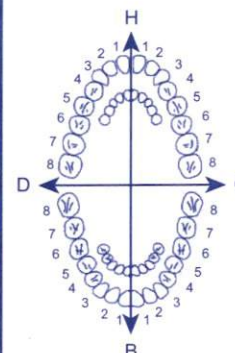
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويسي . ن

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté des Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aero spatiale

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca, le :

28-2-2023



Boussa lolo

99,00 phylbeurs

A'S

lolo raga ombours

75,70

Zolerg Clupe

A'S

30,30

1gth x 2h x 10j

I could Clupe

A'S

1gth x 4j x 10j

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en ophtalmologie
79, Boulevard Abdelmoumen
Res Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

20500



جمعجوم فارما
Jamjoom Pharma

Icomb®

(Tobramycine, Dexaméthasone)

SUSPENSION OPHTALMIQUE STÉRILE

b
bottu

5 ml

أيكومب®
Icomb

Lot: 2 B 0 0 7 1
Fab: 0 1 2 2
Exp: 0 1 2 4

PPV: 30 DH 30



12 1
10 2
9 21 3
8 7 6 5 4

Chaque ml contient :
Tobramycine 3,0 mg, Dexaméthasone 1,0 mg
Excipients à effet notoire : Chlorure de Benzalkonium
Bien agiter avant usage. Voie oculaire.
A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.
Lire attentivement la notice jointe.

Un produit fabriqué par Jamjoom Pharmaceuticals Co.,
Jeddah, Arabie Saoudite
AMM N°: 520/17DMP/21/NRQ

Ophthalmics

b
bottu
82, Allée des Casseignes - Ah Sebba - Casablanca - Maroc
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

جمعجوم فارما
Jamjoom Pharma



أيكومب®

(توبراميسين ، ديكساميثازون)
معلق معقم للعين

b
بوتي خرم

5 مل



6 118001

040414

12500798-055



13

Ne pas oublier de respecter les doses prescrites
(ضمم النسخة 1177 جازوز المقادير المحدد)

جدول أ (لائحة 1) (Tableau A)



بوتي خرم
82 بر الكاينياتين - ابن السكيت - شارع السكيت - المغرب
من الطبقات - ميداني مسؤول

b

كل 1 مل يحتوي علي : 3,0 ملغ توبراميسين ، 1,0 ملغ ديكساميثازون .
سواغات ذات مفعول معلوم : كلورور البنزالكونيوم .
رج العبوة جيداً قبل الإستعمال . عن طريق العين .
يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30° م .
يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال .
يتلف الدواء بعد 4 أسابيع من فتح الغطاء . إقرأ النشرة الداخلية .
إنتاج : شركة مصنع جمعجوم للأدوية .
جدة ، المملكة العربية السعودية .

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**