

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

M22- N° 002522

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 822 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : HAMZA ZAHRA

Date de naissance : 1948

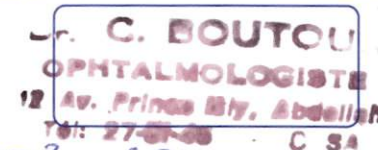
Adresse : Sidi OTHMAN Bloc 50 N°42

Casablanca

Tél. 0672736056 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/03/23

Nom et prénom du malade : Hamza Zahra Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15/03/23	C1		32	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHTAIBA D. Chane/BBOUH Hay Mly Abdou 50 N° 38 Mabrouk Idi Othman Casa Tél: 99 22 56 32 37	15/03/23	2732

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

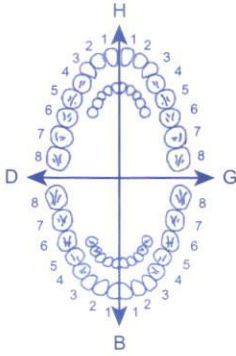
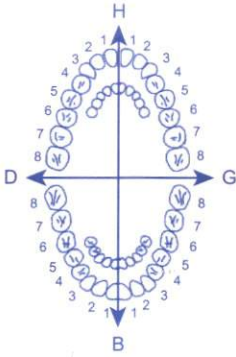
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				COEFFICIENT 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"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

DOCTEUR Chafiq BOUTOUR

OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de l'université de Limoges - France

Diplômé de micro-chirurgie oculaire

de l'université de Marseille - France

Ophtalmologiste des hopitaux de la région Bretagne

Assistant spécialiste au C.H.G. de Nevers - France

Ophtalmologiste des hopitaux militaires

Membre de la société française d'ophtalmologie

الدكتور شفيق بوتور

أخصائي أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة ليوج - فرنسا

دبلوم الجراحة المجهرية للعيون

من جامعة مرسيليا - فرنسا

أخصائي بمستشفيات جهة بريطانية

أخصائي مساعد بالمستشفى العام نوفير - فرنسا

أخصائي بالمستشفيات العسكرية

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

CASA, le 23.03.15 في البيضاء

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°218/16 DMP/21/NRQ

6118001270118

لوت/عيار

FAB تاريخ الإنتاج 02-2022

EXPI تاريخ الانتهاء 01-2024

H8225

PPV : 24,60 DHS

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°218/16 DMP/21/NRQ

6118001270083

لوت/عيار

FAB تاريخ الإنتاج 10-2022

EXPI تاريخ الانتهاء 03-2024

H8258

PPV : 58,00 DHS

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g

Distribué par : ZENITH PHARMA,

96 zone industrielle Tassila Inezgane,

Agadir - Maroc. PPV : 20,80 dh

AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

Prochaine visite: / / الفحص المقبل

شارع الأمير مولاي عبد الله، رقم 12، الدار البيضاء الهاتف : 05 22 27 61 45

Boulevard Prince Moulay Abdellah, n° 12, Casablanca - Tél. : 05 22 27 61 45

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عيار H8956

FAB/تاريخ الإنتاج 10-2022

EXP/تاريخ الانتهاء 03-2024



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

Vigamox® 5 mg/ ml. Collyre en so

Flacon compte-gouttes de 5 ml

Moxifloxacin



Vigamox® 5 mg/ml
Collyre en solution
Distribué par les laboratoires
AMN N° 5500000000000000
PPV : 85,00 DHS

Non remboursable AMO
© 2016 Novartis 449781 MA

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 d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations 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.

Que contient cette notice :

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

1

QU'EST-CE QUE VIGAMOX ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le collyre Vigamox contient le principe actif moxifloxacin, un antibiotique de la classe des fluoroquinolones efficace contre de nombreuses bactéries susceptibles de provoquer des infections de l'œil. Les infections bactériennes de

l'œil peuvent toucher la conjonctive, les voies lacrymales, la cornée ou les paupières. Le collyre Vigamox est indiqué pour le traitement de ces infections oculaires bactériennes et doit être utilisé uniquement sur ordonnance du médecin.

2

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER VIGAMOX ?

Conseils pour porteurs de lentilles de contact :
Ne pas porter de lentilles de contact