

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10914		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : HAFDI		HAKIMA	
Date de naissance : 24 - Février 1976		A 674 38	
Adresse : 151 Bd Nedj Bouchkoura Benachid.			
Tél. : 06 62 68 26 78		Total des frais engagés : 2908,50 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Date de consultation : 31/01/23
Nom et prénom du malade : HAFSI HAKIMA
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Humeur dérégulée
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 : 082 / 06 / 2023
Le : 22 / 06 / 2023

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
31/5/23		2	200,00	INP : 01121312A S

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Berrechid Halima Marrakchi Pharmacienne 93 Med Mohamed V Berrechid Tél : 0522324068	31/05/2023	Pharmacie Berrechid Halima Marrakchi Pharmacienne 93 Med Mohamed V Berrechid Tél : 0522324068

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Mille pour cent Optométriste & Opticien	10/06/23					2500,00 DH

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

اختصاصية في
أمراض و جراحة العيون

31 mai 2023

Mme HAFDI Hakima

45.90

CILOXAN COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour
, dans les deux yeux, pendant 8 jours

S.V

FLUCON. COLLYRE

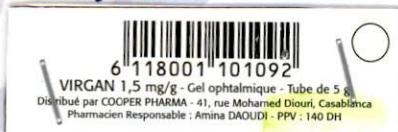
S.V

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

VIRGAN: PDE

S.V

1 application / jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours



9-208.1

Pharmacie Berrechid
Halima Marrakchi Pharmaciennes
93 Med Mohamed V Berrechid
Tél : 052324008

Dokter AL MIMOUNI
Fatima Ezohra
Dokter AL MIMOUNI
Fatima Ezohra

Apt 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

CILOXAN® 0,3 % Collyre

Ciprofloxacin

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement recommandé par quelqu'un d'autre, même en cas de symptôme nocif, même si les signes de leur maladie sont indésirables. 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.



6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sotrema
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

Que contient cette notice :

- Qu'est-ce que **CILOXAN collyre** et dans quel cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **CILOXAN collyre** ?
- Comment utiliser **CILOXAN collyre** ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver **CILOXAN collyre** ?
- Informations supplémentaires.

1 QU'EST-CE QUE CILOXAN collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Le collyre Ciloxan contient le principe actif ciprofloxacin (un antibiotique) qui agit contre de nombreuses bactéries qui peuvent provoquer des infections oculaires. Ciloxan collyre est destiné

au traitement des conjonctivites, des blépharites ainsi que des ulcères cornéens d'origine bactérienne et s'utilise uniquement sur ordonnance médicale

2 QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE OU D'UTILISER CILOXAN collyre

Contre-indications :

pharmacien si vous souffrez d'autres maladies, êtes allergique au produit

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

FLUCON[®], collyre

Fluorométholone



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sotema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

b) COMPOSITION

Fluorométholone	0,1 g
Chlorure de benzalkonium	0,01 g
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinyle, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium pour ajuster le pH, eau purifiée	q.s.p. 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 3 ml.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CORTICOÏDES

e) NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE / EXPLOITANT

Laboratoires ALCON

4, Rue Henri Sainte-Claire Deville

F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX



31/05/2023

M'dr Hakima
Patient de l'opticien abby
qui change de mesur
de lunet
nouveaux
. d'où une
correction optiq.

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في

أمراض و جراحة العيون

31 mai 2023

Mme HAFDI Hakima

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.25 (- 0.25 à 85°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 105°)

VP : ODG = Add : + 1.75

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE
OPHTHALMOLOGISTE
Médecin généraliste
Tél. : +212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



Optique 1000 %

Opticien Optométriste

Date : 10/06/2023

Mme: Hafdi Hakima

Prénom : Fatim Ezzahra Benotmane

Type des Verres	organiques progressifs	
antireflets		
Réduction optique		500,00 Dt
Vision de Loin :		
OD	Axe 85° Cyl -0,25 Sph +0,25	1000,00 Dt
OS	Axe 105° Cyl -0,25 Sph +0,50	1000,00 Dt
Vision de Pres :		Add : +1,75
OD	Axe..... Cyl..... Sph.....	
OS	Axe..... Cyl..... Sph.....	
Optique Mille pour cent Optométriste & Opticien		Add :
		Montant :
		2500,00 Dt

Entête la Présente Facture à la Somme de :

Casablanca, le 10/06/2023

Mme: Hafdi Hakmi

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211