

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

178600  
83113

Matricule : Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAMANI

1101111111111111

Date de naissance :

1961-08-30

Adresse :

particulier

Tél. :

06 61 18 36 41

Total des frais engagés : 20 58,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/10/2013

Nom et prénom du malade : Age:

affez oualai

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affez oualai

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

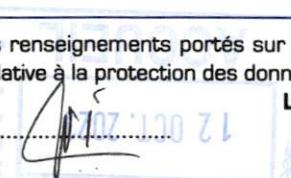
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
AA/110/2023		( )	50.00 HT + Taxe affue. 50.00 HT HMT 100.00	ABDELLAH MANE RAIS Dr. A. MANE N° 09/118349 Spécialiste
AA/110/23/052	Urg. ceinture +			

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

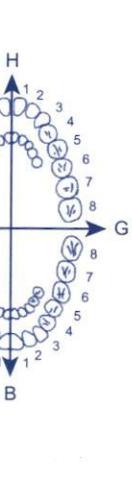
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 11/10/2023

**SOINS POST- OPÉATOIRES ZAMANI MOHAMED**

58,00

- INDOCOLLYRE 1 goutte 3 fois par jour pendant 15 jours.

SV

**PRECAUTIONS :**

- ne pas frotter l'œil opéré.
- ne pas faire d'efforts excessifs.

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.

PHARMACIE DU CAF  
Dr. Hind Belmoussa  
1302 Al Khouane  
Tel: 05 22 99 83 73

58,00



## INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice intérieure

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C.

Ne pas conserver au-delà de 15 jours après ouverture du flacon.

NE PAS INJECTER / NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS

Liste 1 / قائمة

### Soyez prudent

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

كن حذراً  
تجنب القيادة قبل  
قراءة النشرة



NE PAS AVALER  
لا يبتلع

20  
14

## حالات الاستعمال، المقابير، التحذير

أنظر النشرة داخل العبة

يجب حفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25 °م

لا يجوز الاحتفاظ به أكثر من 15 يوم بعد فتح القارورة.

لا يحتقن / لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

INDOCOLLYRE® est une marque déposée de  
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales  
أو Bausch & Lomb Incorporated 2020 ©  
الشركات التابعة لها.

أندوكونولير® 0,1%  
قطرات بشكّل محلول



# INDOCOLLYRE® 0,1%

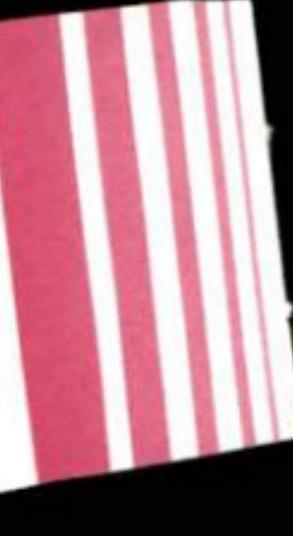
# أندوكونولير® 0,1%

Indométacine /  
collyre en solution /  
قطرات بشكّل محلول

BAUSCH + LOMB  
LABORATOIRE CHAUVIN



INDOCOLLYRE® 0,1%  
collyre en solution



Art. 86272  
C1DZMATTN02

INDOCOLLYRE 0,1% ○ LOT/ رقم النفعة  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

H9589  
03-2023  
08-2024

36671





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

### F A C T U R E

N°: 1477 / 2023 du 11/10/2023

Nom patient **ZAMANI MOHAMED** Entrée 11/10/2023  
PAYANT Sortie 11/10/2023

#### LASER YAG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		500.00	500.00
<i>Sous-Total</i>				500.00
<b>Total Clinique</b>				<b>500.00</b>
DR. RAISS ABDERRAHMANE (ophtalmologue)	1.00		1 000.00	1 000.00
<i>Sous-Total</i>				1 000.00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 000.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 1 500.00**