

# 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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10570 Société : R.A.M. ND 09/08

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHOICKY Azzouz EL ARABE 20/09/08

Date de naissance : 24/9/55

Adresse : Tissir 1, Passage IBN GHARI N° 7

BERRECHID

Tél. : 0664297894 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/3/98

Nom et prénom du malade : CHOICKY ILLASS Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Mme Illass

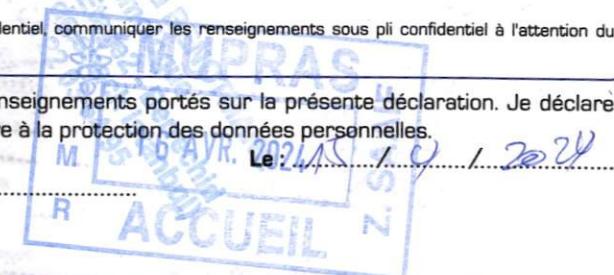
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : BRAHIMI Le 21/09/08

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
15/3/20		0	20000	18.03.2020 M. [Signature]
26/3/24		0	20000	26.03.2024 M. [Signature]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19-03-2023 26-03-2023	69.70 157

## 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
		AM	PC	IM	IV	
	8/4/94					25.00

## 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 <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>D.O.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
		<p><b>MONTANTS DES SOINS</b>   <input type="text"/></p>														
		<p><b>DATE DU DEVIS</b>   <input type="text"/></p>														
		<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b>   <input type="text"/></p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



26 mars 2024

Mr CHOKRY Ilyass

157

THEALOSE collyre

**S.V**

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE  
48, Boulevard Mohamed V - étage 2 (Au-dessus de Snack Istanbul) - Berrechid - Maroc  
Tél. : +212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - docteurbenotmanefz@gmail.com

de l'œil, inflammation de l'œil, douleurs d'oreilles, rhume, diarrhée, maux de ventre, inflammation de la peau. Des précipités blancs ont fréquemment été observés.

## 5 COMMENT CONSERVÉ

Tenir hors de la portée et de l'atteinte des enfants.

Entrepésez le flacon à la température ambiante (15-25 °C), à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Ne pas conserver au réfrigérateur. Ne pas congeler.

N'utilisez pas le collyre au-delà de la date de péremption (« A utiliser »), et

Si vous observez des effets secondaires non consignés dans cette notice, veuillez en informer votre pharmacien.

**CILOXAN 0.3% Collyre, flacon de 5 ml**  
A.M.M. N°151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires SOTHEMA  
PPV : 42.90 DH



Reboursable AMM  
après la première  
utilisation au  
cas des ordures  
chez votre

pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

## 6 INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :

**Que contient CILOXAN collyre?**

**- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :**

1 ml de collyre contient: chlorhydrate de **ciprofloxacine** (substance active) 3,5 mg (= 3 mg de ciprofloxacine-base)

**- Composition qualitative en excipients :**

Excipient à effet notoire : Chlorure de benzalkonium (agent conservateur)  
Autres excipients : édétate de sodium, mannitol, acide acétique glacial, acétate de sodium, hydroxyde de sodium et/ou acide chlorhydrique concentré, eau purifiée.

**Nom et adresse du titulaire de l'AMM au Maroc :**

Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura, MAROC

**Nom et adresse du titulaire de l'AMM dans le pays d'origine :**

Novartis Pharma Schweiz AG, Risch;  
Domicile: 6343 Rotkreuz.

**Nom et adresse du fabricant :**

Alcon-Couvreur N. V, Rijksweg 14,  
B-2870 Puurs. Belgique  
Alcon Cusi, S.A, Camil Fabra 58, 08320  
El Masnou. Espagne

**La dernière date à laquelle cette notice a été révisée :** Septembre 2018.

**Conditions de prescription et de délivrance :** Tableau A (liste I). Sur Prescription médicale

# Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium  
Solution Ophtalmique

Solution po-  
culaire uti-

Flacon ABAK

## COMPOSITI

Tréhalose .....

Hyaluronate .....

Autres comp .....

Chlorure de s .....

injectables q: .....



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1571 82 Bourkaoura - Maroc  
PPC : 154,00 DH



VR2762C10MAB/0722

Détenteur de

 Laboratoires Thea - 12, rue Louis Blériot  
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50  
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

## QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.

Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que la fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran.

hydratation et la lubrification de la surface  
et soulagement des symptômes de l'œil sec.

..... 3

..... 0,15

..... 100 ml

..... 100 ml



19 mars 2024

Mr CHOKRY Ilyass

42.80

① **CILOXAN collyre**



1 goutte 4 fois par jour  
dans les deux yeux

26.70

② **CHIBROCADRON**



1 goutte 4 fois par jour , dans les deux yeux

26.70  
= 69.60



Dr.Fatim Ezohra BENOTMANE  
Ophtalmologiste  
48 Avenue Mohamed V - étage 2 - B  
(au dessus de Snack Istanbul)  
Berrechid - Maroc



26 mars 2024

Mr CHOKRY Ilyass

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = (- 0.50 à 63°)

OG = (- 1.75 à 180°)



Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE  
Optometriste  
48, Bd Med V Bragdz - Berrechid  
(au-dessus de Snack Istanbul)  
Tél: 0522 03 54 95

## FACTURE

Date : 08/04/2024

**CLIENT: ILYASS CHOKRY**

**Numéro: 10240299**

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<b>LOIN:</b>			
MONTURE	OPTIQUE LIGHTEC BY MOREL	1	1 000.00
VD	ZEISS ORG PRORECT BLUE 1.6	1	750.00
VG	ZEISS ORG PRORECT BLUE 1.6	1	750.00
<b>PRES:</b>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b>CORRECTION VISUELLE:</b>			
<b>Dr. BENOTMANE FATIMA EZOHRA</b>			
LOIN : OD: (-0.50.63) OG (-1.75.180°)			
PRES OD OG			
ADD : OD OG			
<b>Total TTC:</b>		<b>2 500.00</b>	
Taux TVA:		20%	
Montant TVA		500.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS .TTC.**

