

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0022776

203947

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1861 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZRJI ALI

Date de naissance : 1. 6. 1950

Adresse : Résidence AL WIAM Tm 8 apt 10
casablanca ouifa

Tél. : 0641.46.58.53 Total des frais engagés : 380,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INPE
091032508

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TALBI FATHIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Conjointe bactérienne

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 : QASA Le : 5/12/2024

Signature de l'adhérent(e) : 5/12/2024



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
05/03/2024	CS	8500 DT		Dr. AIT MOUAYAD Ophtalmologiste 1, Lot N° 65, Rés. Aya Al Wifqa Faouzi, 1 ^{me} Etage, Bureau 107, Olifa, Casablanca Tél. : 0522 6534 85 - Gsm : 0623 98 82 87
29/03/2024	CS	1000 DT		Dr. AIT MOUAYAD Ophtalmologiste 1, Lot N° 65, Rés. Aya Al Wifqa Faouzi, 1 ^{me} Etage, Bureau 107, Olifa, Casablanca Tél. : 0522 6534 85 - Gsm : 0623 98 82 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL WARDI 252 RD QUEDDAD	05/03/2024	130,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The circles are numbered in a specific pattern: the top row has 1s at (1,1) and (1,9), 2s at (2,1) and (2,9), and 3s at (3,1) and (3,9). The second row has 4s at (4,2) and (4,8), 5s at (5,1) and (5,9), and 6s at (6,2) and (6,8). The third row has 7s at (7,1) and (7,9), 8s at (8,2) and (8,8), and 9s at (9,1) and (9,9). The bottom row has 10s at (10,1) and (10,9), 11s at (11,2) and (11,8), and 12s at (12,1) and (12,9). A central circle at (6,5) contains the letter 'H'. The grid is bounded by a thick black border.

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ait Moulay Latifa

Ophtalmologiste



Al Wiffaq Ferrara 1, Lot N° 65, Résidence Aya.
3ème Etage, Bureau N°7, Oulfa, Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

الدكتورة أيت مولاي لطيفة
طبيبة أخصائية في أمراض و جراحة العيون

الوفاق فيرارا 1. تجزئة 65 إقامة آية الطابق
الثالث. مكتب رقم 7. الزلفة الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 65 84 88 - المقال : 06 23 98 82 87

Casablanca le 05 mars 2024

Mme TALBI Fatiha

76,20



1/ AZYTER. collyre

1 goutte 2 fois par jour. pendant 3 jours, dans les deux yeux



2/ TOBRADEX collyre

1 goutte 6 fois par jour pendant 5 jours

1 goutte 4 fois par jour pendant 5 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours

puis 1 goutte le soir pendant 5 jours, dans les deux yeux

3/ MAXIDROL pommade (ou Frakidex pommade)

20,90 1 application le soir par jour pendant 2 semaines, dans les deux yeux

130,50

Dr. AIT MOULAY Latifa
Ophtalmologiste
Al Wiffaq Ferrara 1, Lot N° 65, Rés. Aya
3ème Etage, Bureau N°7 Oulfa, Casablanca
Tél. : 0522 65 84 88 - Gsm : 0623 98 82 87



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® collyre en suspension, 5ml

AMM N° 524/18 DMP /21/ NTO

Boîte de 1 flacon

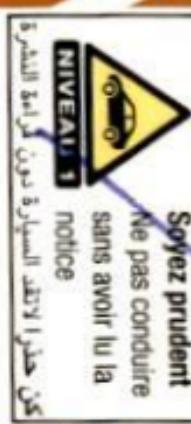
P.P.V : 33.40 DH



**NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

Tableau A (Liste I) - Uniquement
sur ordonnance

لا يجب ادخال الجرعات الموصولة
بجبل (المثلثة) بهجرت فقط بموجب
وصفة طبية



Titulaire d'AMM au Maroc

صاحب رخصة المسؤول بالطريق

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

Bouskoura-Moroc.

Sous licence des Laboratoires Novartis

Pharma Schweiz AG -Suisse.

Fabricant : المصنع

Alcon-Couvreur N. V.

Rijksweg 14, B-2870 Puurs, Belgique

Siegfried El Masnou, S.A., Camil Fabra,

08320 El Masnou, Barcelone,

une

FR Azyter 15 mg/g

أزيتر 15 مغ/غ AR

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg

أزيثروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيثروميسين
ثاني الاماهة 15 مغ
1 غ من محلول

pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من محلول يحتوى
على 3,75 مغ من الأزيثروميسين الثاني
الاماهة.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

الساغ :
ثلاثيات غليسيريد ذات سلسلة متوسطة.

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ

رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
1 rue de l'Arquerie - 50200 Coutances
FRANCE

الصانع: مخابر اوينير
| شارع الاركي
50200 كوتانس - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يبتلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة [] - إلا بوصفة طبية

MAXIDROL®
pommade ophtalmique

Voie locale
EN APPLICATION OCULAIRE

COMPOSITION :

Dexaméthasone 100 mg
Sulfate de néomycine

350.000 U.I.
Sulfate de polymyxine B
600.000 U.I.

Parahydroxybenzoate de méthyle (E218),

parahydroxybenzoate de propyle (E216),

lanoline (grasse de lait),

vaseline q.s.p. 100 g
Tube de 3,5 g.

EXCIPIENTS AYANT UN

EFFET NOTOIRE :

Parahydroxybenzoate de méthyle,

parahydroxybenzoate de propyle, lanoline (grasse de lait).

Soyez prudent

Ne pas conduire sans avoir lu la

NIVEAU 1 notice



Lire attentivement la notice.

Ne pas injecter, ne pas arroser.
Après première ouverture du

tube, le médicament doit être

conservé au maximum 15 jours.

Noter la date d'ouverture en
clair sur l'emballage.

A conserver à une température

ne dépassant pas 25°C.

**TENIR HORS DE LA VUE
ET DE LA PORTEE DES
ENFANTS.**

**NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES**

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol Pommade ophtal., 3,5 g



A.D.S.P Maroc N°14 / DMP/21/NCI

PPV :20,90 DH