

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0043872

202748

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2586 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEHJAOUI Abdelaziz

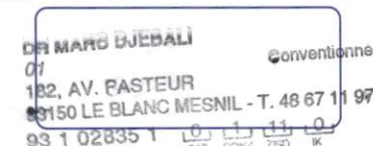
Date de naissance :

Adresse : abdelaziz.behjaoui@wanadoo.fr

Tél. 033603180361 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Behjaoui Omar Age : 21

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

Nature de la maladie :

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 : 16/04/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
16/04/24	G		27 €	DR MARC DJEBALI 01 182, AV. PASTEUR 93150 LE BLANC MESNIL - T. 01 67 11 97 93 1 02835 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SELARL PHARMACIE PASTEUR S. GASSIM 130 avenue Pasteur 93150 LE BLANC MESNIL Tél. 01 48 65 51 17	16/4/2024	8,61

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

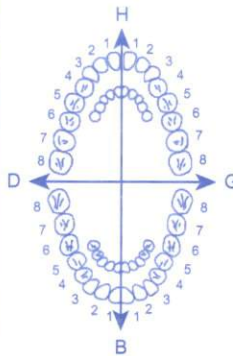
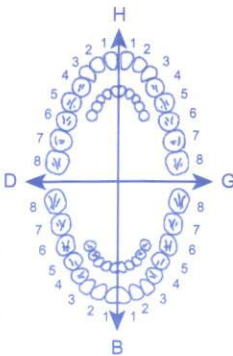
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Marc DJEBALI

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS



10001093441

Conventionné Secteur 1

182, avenue Pasteur

93150 LE BLANC MESNIL

01 48 67 11 97

le 16/04/24

D^r BACHAOUÏ Omar

- TABIDAX cefixime 1 pb = 3/
- STANBAX penicilline V 1 pb/1

TT de 27
- T

SELARL PHARMACIE GASSIN
S. GASSIN

16 AVR. 2024

130, Av. Pasteur - 93150 LE BLANC-MESNIL

Tél. 01 48 65 51 17 - 93 2 00 40 4 6

N° AM



931028351

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèques est accepté.

SA101822243001

0-0-0

Sterdex®

Pommade ophtalmique en récipient unidose
Dexaméthasone/Oxytétracycline

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.
- Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que STERDEX, pommade ophtalmique en récipient unidose et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser STERDEX, pommade ophtalmique en récipient unidose ?
3. Comment utiliser STERDEX, pommade ophtalmique en récipient unidose ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver STERDEX, pommade ophtalmique en récipient unidose ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE STERDEX pommade ophtalmique en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Association antibiotique/corticoïde à usage ophtalmique, code ATC : S01CA01.

Ce médicament est une pommade ophtalmique contenant :

- un antibiotique de la famille des cyclines : l'oxytétracycline,
- et un corticoïde : la dexaméthasone.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil et des paupières :

- après chirurgie de l'œil,

TOBRADEX[®], collyre en suspension

Dexaméthasone / Tobramycine

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que TOBRADEX, collyre en suspension et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TOBRADEX, collyre en suspension ?
3. Comment utiliser TOBRADEX, collyre en suspension ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TOBRADEX, collyre en suspension ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE TOBRADEX, COLLYRE EN SUSPENSION ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : association corticoïde / anti-infectieux par voie locale – code ATC : S01CA01

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBRADEX, COLLYRE EN SUSPENSION ?

N'utilisez jamais TOBRADEX, collyre en suspension :

- Si vous êtes allergique à la dexaméthasone, à la tobramycine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une infection quel que soit, dans l'œil ou autour de l'œil

UTILISÉ, sauf avis

JUSTIFICATIF MUTUELLE

Emis le 16/04/2024

N° FS : 1006468

PHARMACIE GASSIM
130 AVENUE PASTEUR
93150 LE BLANC-MESNIL
Tél : 01 48 65 51 17
N° : 932014046

Patient : BEHJAOUI ABDELAZIZ
02/06/1953
Assuré : BEHJAOUI ABDELAZIZ
153069938200988

Délivrance : 16/04/2024

Prescription : 16/04/2024

RO : 01 931 2061
Garantie(s) : Régime général
RC : 97890016 IPECA

Prescripteur : DJEBALI MARC
931028351

Qté	Code	Remb	%	Honoraire	Prix unitaire	Total	Exo	Fin Loc.
1	PH4	2,00	30 %	1,02	3,02	3,02	0	
1	PH4	2,48	30 %	1,02	3,50	3,50	0	
1	HDR	0,51	65 %	0,00	0,51	0,51	0	
1	HDA	1,58	65 %	0,00	1,58	1,58	0	

RO	RC	Client	Total
3,32 €	5,29 €	0,00 €	8,61 €