

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B O I S Z A N E K H A D I S A

Date de naissance : 1 - 01 - 1955

Adresse : LOT AL MOUNTAZAH 106

AïN DIAB

Tél. : 06.68.83.3889 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anesthésie + trépanation bilatérale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : IS MURRA

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant
13/09/19	Crafo		300,00	Steripharma PPV:22,00 dh Steripharma PPV:22,00 dh
				Hôpital Cheikh Khalifa Dr. Mohamed Ghanem Ophtalmologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
13.09.19	184,90

Pharmacie Naima * INP : 92044569

Cachet du Pharmacien : 003100

PHARMACIE NAIMA * Bloc 211 N° 25
Hay Hassani Bd. Sidi Abderrahmane CASA
Tél : 0522-203100

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 d'état.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 112 177 / 2019 du 13/09/2019

Nom patient : BOULANE KHADIJA

Entrée 13/09/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 190913094201SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900113527	BOULANE KHADIJA	13/09/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7685	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : SANWAK

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

**Centre
Monétique
Interbancaire**

DUPLICATA

13/09/19 09:42:29
9900397952
93979501
HOP CHEIKH KHALIFA G7
Casablanca

A0000000032010
APP : Visa
BOULANE /KHAD.M
xxxxxxxxxxxxx1089
02/22 CARTE NATIONALE
54F7E6B643AE8F26
620-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 003761
STAN : 007685

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

07200 AUBENAS - FRANCE
 Z.I. Ridopter Haut
 Laboratoire Chauvin
 34000 MONTPELLIER - FRAN
 41b, rue Samuel Morse
 Laboratoire Chauvin
 33313, BORDEAUX CEDEX 3
 Théorie et Expérimentation /
 Fabrictat /
 J.S. Chauvin

LIPOSIC
Gel ophthalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNU

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
SP n° 220 DMP/21/NRP

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
CP: 0202 DMP/21/NNP

କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା

ISE EN GARDE : Il faut éviter de faire des exercices dans le soleil et de porter des vêtements étroits et synthétiques. Les personnes qui ont une sensibilité à la chaleur doivent éviter les exercices physiques dans les endroits très chauds. Il est recommandé de boire régulièrement de l'eau et de se rafraîchir avec de l'eau froide.

INDICATIONS : Ce gel ophtalmique est indiqué dans le traitement symptomatique de l'œil sec.	Voie locale / insulter dans l'œil	POSOLOGIE ET MISE EN GARDE :
INDICATIONS : Ce gel ophtalmique est indiqué dans le traitement symptomatique de l'œil sec.	Voie locale / insulter dans l'œil	POSOLOGIE ET MISE EN GARDE :
INDICATIONS : Ce gel ophtalmique est indiqué dans le traitement symptomatique de l'œil sec.	Voie locale / insulter dans l'œil	POSOLOGIE ET MISE EN GARDE :
INDICATIONS : Ce gel ophtalmique est indiqué dans le traitement symptomatique de l'œil sec.	Voie locale / insulter dans l'œil	POSOLOGIE ET MISE EN GARDE :
INDICATIONS : Ce gel ophtalmique est indiqué dans le traitement symptomatique de l'œil sec.	Voie locale / insulter dans l'œil	POSOLOGIE ET MISE EN GARDE :

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

The image shows a box of Lipo-Sic eye gel. The box is yellow with black text. At the top right, it says "Gel ophthalmique". Below that, "Carbomére 980" is written. In the center, the brand name "liposic" is displayed in a stylized font, with a registered trademark symbol (®) next to the "i". To the left of the brand name is a blue semi-circle containing the word "liposic". The background of the box has a faint, large watermark-like image of a human eye.

Gel ophthalmique
Carbomer 960

Laboratoires STERIPHARMA
Z. I Lina n° 347 Sidi Maârouf
Casablanca - Maroc
Amine Tahiri, Pharmacien
Responsable

Siccaprotect®
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml

6 118001 110353



Siccaprotect®

Dexpanthénol et Alcool polyvinylelique

10 ml de collyre

A instiller dans le cul-de-sac conjonctival

URSAPHARM

Composition:

1 ml de solution isotonique contient
Dexpanthénol 30 mg
Alcool polyvinylelique 14 mg
Excipient à effet notoire:
chlorure de benzalkonium 0,05 mg

Lire attentivement la notice! Ne pas laisser
à la portée des enfants! Ne pas stocker à
plus de 25 °C. A utiliser dans les
6 semaines après ouverture du flacon.

التركيبة : لكل 1 مل من محلول متساوي التوقيت
ديكسابانتنول 30 مل
بولي فينيل الكحول 14 مل
الساعات معروفة التاثير:
كلوريد البنزوكتونيوم 0,05 مل

يرجى قراءة هذه النشرة بعناية! لا تترك الأدوية
في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية. يستخدم
في غضون 6 أسابيع بعد فتح الفنية.

سيكابروتك (م)

ديكسابانتنول و بولي فينيل الكحول

10 مل من قطرات العين

للغرس في كيس الملتحمة

ارصادارم

A utiliser avant: / Lot n°

2 9 6 5 / 1

Siccaprotect®



Laboratoires STERIPHARMA
Z. I Lina n° 347 Sidi Maârouf
Casablanca - Maroc
Amine Tahiri. Pharmacien
Responsable

Siccaprotect®
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml

61118001110353



Siccaprotect®

Dexpanthénol et Alcool polyvinyle

10 ml de collyre

A instiller dans le cul-de-sac conjonctival



Composition:

1 ml de solution isotonique contient

Dexpanthénol 30 mg

Alcool polyvinyle 14 mg

Excipient à effet notable:

chlorure de benzalkonium 0,05 mg

Lire attentivement la notice! Ne pas laisser
à la portée des enfants! Ne pas stocker à
plus de 25 °C. A utiliser dans les
6 semaines après ouverture du flacon.

التركيبة : لكل 1 مل من محلول متساوي التوتر
ديكسابينتول 30 مل
بولي فينيل الكحول 14 مل
المساغات معروفة التأثير:
كلوريد البنزوكربونيوم 0,05 مل

يرجى قراءة هذه النشرة بعناية! لا ترك الأدوية
في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية. يستخدم
في غضون 6 أسابيع بعد فتح الغنية.

سيكابروتك (م)

ديكسابينتول و بولي فينيل الكحول

10 مل من قطرات العين
للغرس في كيس الملتزمة

إر صافارم ®

A utiliser avant / Lot n°
08/2024

2 9 3 7 9 8



Composition pour 100 ml :

Kétorolac trométhamine 0.5 g
Excipients : Chlorure de benzalkonium, chlorure de sodium, édétate de sodium, octoxinol, hydroxyde de sodium ou acide chlorhydrique (pour ajuster le pH), eau purifiée

Excipient à effet notoire : Chlorure de benzalkonium

سوانح ذو تأثير معروف: كلورور البنزالكينيوم

Lire la notice avant utilisation.

الرجو قراءة المنشورة قبل الاستعمال

عن طريق العين

Voie oculaire
A utiliser dans les 15 jours après
ouverture du flacon

يُستعمل خلال 15 يوماً من فتح القنفية

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE
DES ENFANTS.

لا يترك في متناول الأطفال

Médicament autorisé N°208/12

DMP/21/NTT

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات المحددة

Tableau A جدول ١

60393MA10

 ALLERGAN

ACULAR®

Kétorolac
trométhamine

0.5%

Collyre

Flacon de 5 ml

PPI : 38DH90

Lot n° :
Fab :
EXP :

Ouvert le: _____

Fabriqué par les Laboratoires

 ALLERGAN

Westport, Co.Mayo, Irlande

Importé par les Laboratoires

البريك - فار
AFRIC-PHAR

Route Régionale
Casablanca/Mohammedia
N°322, km 12,400 Aïn
Harrouda 28630,
Casablanca-Maroc



 ALLERGAN

أكولا ر®

كيتورو لاك
تروميتابين

0.5%

قطرات للعين

قنينة من فئة 5 ملل

6