

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 canaux, 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 canaux.

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 |

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 Alami Ben Abdellah - Borne Elaziz - Angle Rue Mohamed Elami et Rue Kala Ben Abdellah - Quartier de Moussaga - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LRF) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-456700

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAN

Matricule : 9404 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENFEDDIK TARBO

Date de naissance : 07/07/72

Adresse : Royal Air Maroc - Casablanca

Tél : 0600 60 60 60 Total des frais engagés : 680,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **Dr. MECHICHE Alami Anissa**
Ophtalmologiste
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 94 32 68/88

Date de consultation : 16/09/19

Nom et prénom du malade : BENFEDDIK TARBO Age : 47

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

Nature de la maladie : Altechoir oculaire

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 : CASA Le : 16/09/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
16 SEP. 2019	CS		300DH	INP : 091099366

Dr. MECHICHE Alam Anissa
Ophtalmologiste
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 94 32 68/88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Corniche Rue Azzemour Gulad El Hamdi Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca Tél: 05 22 94 32 68/88 Mme LAMNI Brigitte Pharmacie de l'Aéroport d'Anfa 2 bis, Bd. Slat Abderrahmane Tél: 39 09 31 11 11	16/09/19	21130
	20/09/19	169,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 0000000</td> <td>21433552 0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000 35533411</td> <td>0000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 0000000	21433552 0000000	D	G	0000000 35533411	0000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
	H													
	25533412 0000000	21433552 0000000												
	D	G												
	0000000 35533411	0000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse			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 Anissa Mechiche-Alami
Ophtalmologiste
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerktouni
Résidence Al Kheir, 2^{ème} Étage
Casablanca
TEL.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

Casablanca, le

20 SEP. 2017

41,00

- Gel larmes

1^{ste} x 2/ j

128,00

- My fresh UD

169,00 - 1^{ste} x 3/ j

صيدلية مطار
Mme LAMMAM Brigitte
Pharmacie de l'Aéroport d'Anfa
2 bis, Bd. Sidi Abderrahmane
Tél.: 39.08.36 - Casablanca

ESCOMEDIE 0.1%
collyre 10ml
LOT 177
FAB/2-25/10-11-12
EXP/1-10/12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22
ADSPH 25 DMP/21/19

PPC : 128 DH 00

B.N. V60334

EXP. 08 2020

578 /1645/2017/DMP/20/DM
017

12502810-05

Importé par

Route Régionale
Casablanca/Mohammedia n°322- Km
12.400 Ain Harrouda 28 630
Casablanca- Maroc

Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

EXOCINE® 0.3%
Collyre en solution, flacon de 5 ml

6 118001 251216

Dr. MECHICHE Anissa
Ophtalmologiste
237, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél.: 05 22 94 32 68/88

Docteur Anissa Mechiche-Alami

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerkouni

Résidence Al Kheir, 2^{ème} Étage

Casablanca

Tél.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

دكتورة أنيسة أمشيس العلمي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولى

237, شارع الزركطوني

إقامة الخير, الطابق الثاني

الدار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.69 - 05. 22.94.32.68

Casablanca, le

16 SEP. 2019

الدار البيضاء في

MV BYENSEDDIK

TAREQ

83,8

- Phylaxie



83,00 TTC
00,00 TVA

1 boîtier oculaire 2x1 j

40,40

- Exocore



1 boîte x 6 j HS le 2h.

29,90

- Desocore



1 stte x 4 j

60,00

- Ciloxan



CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Remboursable AMO
Laboratoires Sottima
A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

Dr. MECHICHE Alami Anissa
Ophtalmologiste
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05.22.94.32.68/88

Pharmacie ROSA de la Corniche
Rte. d'Azemmour Ouled El Hamdi
Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca
Tél : 05 22 90 62 90



LCA S.A.

9 Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France

Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39

E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16



LOT 90501
PER 2022-05

M0152 - 2017-06 - PN : 930-1033/01.



Fabricant
FARMILA THEA FARMACEUTICI S.P.A.
Via E. Fermi, 50
20019 SETTIMO MILANESE (MI)
ITALIE

المنتج
فارميفال - نينا فارموفوني ش.ب.أ.
نينا E فارم. 50
20019 - ستيمو ميلانيز (م.ي)
إيطاليا

Théa



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Dioun, Casablanca
Pharmacien Responsable: Mme Amina DAQUDI - PPV : 41.00 DH

41100

Titulaire / Exploitant / Détenteur de la DE
LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
FRANCE

المالك / المستثمر / صاحب مقرر التسجيل
مخابر نينا THEA
12 شارع لويس بليريو
63017 كليرمونت فراند سيدكس 2
فرنسا

E442G10CMA/0316

Enreg. MA n° : 745/15 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب 745/15 DMP/21/NRQ
Enreg. TN n° : 8443042
رقم التسجيل بتونس 8443042

دواعي الاستطباب
هذا الدواء هلام للعين
يوصى به لتخفيف أعراض التهاب العين
(عند وجود نقص في كمية الدموع)
لا ينترك في متناول الأطفال أو على مرأهم
لا يبلع دواء غير خاضع لوصفة طبية.
رقم الدواء المرخص له: 3400933194819

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز
25+ درجة مئوية
تنتهي (الشهر / السنة)
لا يجب الاحتفاظ بالأنبوب أكثر من أربعة
أسابيع بعد فتحه
يؤخذ هذا الدواء عن طريق العين
يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال

التركيب
كربومير 974.....0.300 غ
ل 100 غ من هلام للعين.
كلوريد البنز الكونيوم، الصوديوم،
هيدروكسيد الصوديوم، ماء منقى
سواغ ذو تأثير معروف:
كلوريد البنز الكونيوم

