

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.

Diagnostique 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.

Maladie chronique :

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 : N° P19-0017719

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OULAL HADIA Date de naissance : 13/3/53

Adresse : 2 bis Rue NAHDA Ag. 93

Tél : 0665075016 Total des frais engagés : 1507,160,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OULAL HADIA Age : 13/3/53

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

Nature de la maladie : ALD 1

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 : Ag. 93 Le : 07 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :




Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com


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
07/09/19	C →		25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/19	560,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

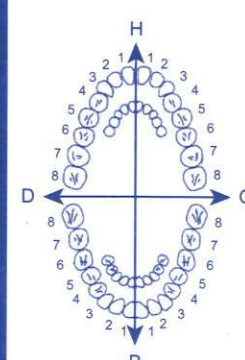
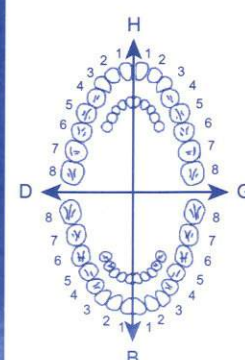
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					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

Dr Chafik MEGHERBI
OPHTALMOLOGISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Angiographie rétinienne numérisée

OCT: Tomographie à Cohérence Optique

INPE : 081162646



081162646



الدكتور شفيق مغربي

إختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكية - العلاج بالليزر

Oujda le samedi 7 septembre 2019

Madame Halima OULAL

Mettre dans l'oeil droit

36,30

Icomb collyre: 1 goutte 3 fois par jour pendant 07 jours

75,70

Zalerg collyre: 1 goutte 2 fois par jour pendant 01 mois

54,40

Tobradex pommade ophtalmique : 1 application le soir
au coucher pendant 10 jours

Mettre les gouttes à 10 mn d'intervalle

T. 160,40

PHARMACIE CENTRALE
Dr. ALI IRFAË
Dr. ALI IRFAË Nouria
34, Bd. Jeddou Med Hay Saada
Tél: 05 36 53 22 20 - Oujda

Dr. MEGHERBI CHAFIK
OPHTALMOLOGUE
8, Bd Mohamed V - Oujda
Tél.: 0536 69 16 06 - 0624 21 81 55

0202 11
8102 11
6876

Lot / Fab / Exp

Zalerg 0,25 mg/ml
الدرغ 0,25 مغ/مل

الدرغ 0,25 مغ

AR محلول قطرات للعين

قارورة ذات 5 مل

(على الأقل 150 قطرة)

التعليمية:

25. كيتو تيفين:

في شكل هيدروجيلو

345. قوارير كيتو تيفين:

بالنسبة للملحقات الواحد.

قائمة المواضع:

غليسول - هيدروكسيد الصوديوم (pH

عن طريق العين

اطلع على النشرة قبل الاستعمال.

يترك بعيدا عن رطوبة و متناول الأطفال

يمكن استعمال القارورة على امتداد 8

أسابيع بعد فتحها لأول مرة.

المنتج : إكسيلفيون

27 شارع لا لامبارديو

م ص. لا لامبارديو

7100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

07100 - فرنسا

Zalerg U,25 mg/ml

FR Collyre en solution*

Flacon de 5 ml

(au minimum 150 gouttes)

Composition :

Kétotifène.....0,250 mg

Sous forme d'hydrogénéotumarate

de kétotifène.....0,345 mg

Pour 1 ml

Liste des excipients :

Glycérol, hydroxyde de sodium

(ajustement du pH), eau pour

préparations injectables

VOIE OPHTHALMIQUE

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA

PORTÉE DES ENFANTS.

Le flacon peut être utilisé jusqu'à

8 semaines après la première

ouverture.

Fabricant : EXCELVISION

27 Rue de la Lombardière

Zi La Lombardière

07100 ANNONAY - FRANCE

Médicament autorisé

n° 3400949250318

Code CIP 13



3400949250318

CE DE Algérie N° : 13/178171/022

MA Enreg. MA - 096/14 DMP/21/NNP

TD Enreg. TN : 8443111



Soyez prudent
sans avoir lu la notice



Zalerg 0,25 mg/ml

Collyre en solution - 5 ml - 75% DIH

Distribué par COOPHARMA - 41, rue Mohamed Boudir,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Sans conservateur
بدون مادة حافظة

5 مل
كيتو تيفين

الدرغ 0,25 مغ/مل
محلول قطرات للعين

PAY AVALER - NE PAS INJECTER
PAYER LES DOSES PRESCRITES

Il - Uniquement sur ordonnance

قائمة 2 - لا بوصفة طبية

02 رقم التسجيل بالجزائر 178171/022

03 رقم التسجيل بالمغرب 096/14 DMP/21/NNP

04 رقم التسجيل بتونس 8443111

0202/60
18J24AA
AV424161

Lot:
A utiliser
avant :

Alcon®

LABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON
CEDEX

Fabrique par
SA ALCON-COUVREUR NV
B-2870 PUURS
TOBRADEX®
POMMADE
OPHTALMIQUE

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

3,5G

PPV: 54,40 DHS

Laboratoires Sothema, Bouskoura

A.D.S.P. Maroc N° 1562/DMP/21/NNP



6 118001 070602
69020-3 © 2007, 2014 Novartis

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

(Tobramycine - Dexaméthasone)

Alcon®



NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

(Tobramycine - Dexaméthasone)

Alcon®

LISTE I - UNIQUEMENT SUR
ORDONNANCE

No pas exister-respecter les doses prescrites
عدم البلع - لا تتجاوز المقدار المحدد

بوتني د.م

82, Allée des Casuarinas - Ain Seftia - Casablanca - Maroc
من المشويش - صيداني مسؤول

b

جمجوم فارما
Jamjoom Pharma

Icomb[®]

(Tobramycine, Dexaméthasone)

SUSPENSION OPHTHALMIQUE STÉRILE

b
bottu.ma

5 ml

أيكومب[®]
Icomb[®]

Lot: VNG171
Fab: 12 18
Exp: 12 20

Chaque ml contient :

Tobramycine 3,0 mg, Dexaméthasone 1,0 mg

Excipients à effet notoire : 0,06 mg de Chlorure de Benzalkonium (Conservateur)

Bien agiter avant usage. Pour usage externe seulement.

Conserver à une température de 15 à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants.

À conserver 30 jours après ouverture. Lire attentivement la notice jointe.

Un produit fabriqué par Jamjoom Pharmaceuticals Co., Ltd,
Jeddah, Arabie Saoudite

Ophthalmics

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Seftia - Casablanca - Maroc
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

جمجوم فارما
Jamjoom Pharma

أيكومب[®]

(توبراميسين ، ديكساميثازون)

معلق معقم للعين

b

بوتني د.م

5 مل