

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-540629

ND: 9833A

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3202

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUEZIAD FATIMA

Date de naissance :

1985

Adresse :

792 BLOC 16 Hay mazla
hay Hassany 1089

Tél. :

0661163252 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/06/2020

Nom et prénom du malade :

OUEZIAD FATIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

conectivite cervelle

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/06/2020	?		2000	INP : 1111111111111111 Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYMIQUE Dr. H. Abdellatif 59, rue de l'Amirauté Tél: 022 90.21.67 - CSA	10/6/20	1061,00

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 de l'O.D.F.																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	INP : <input type="text"/>	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</p>	<p>Determination du coefficient masticatoire</p> <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>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p>																																																																																																																																																																																																																																							
		H	25533412	21433552																																																																																																																																																																																																																																																	
		D	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																	
		B	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																	
		G	35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوكسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر....

Casa le : **10 Juin 2020**

Mme OUZIAD Fatima

PA3.0041

1/ XALACOM: COLLYRE

1 goutte par jour le matin à 9h, les deux yeux, 6 Mois

2/ LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux

PA-1906-18

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr TTR Abdellatif
69, Rue Mly Rhami - Hm Hassan
Tél: 022 90.21.67 • CASA

DR BOUKSIM MILLIEKA
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 91 41 11

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Xalacom®

XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement

car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin d'en lire les instructions à nouveau.
- Si vous avez des questions, contactez votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être donné à un enfant.



Xalacom®
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler
احترم الكمية الموصدة

Uniquement sur ordonnance. Liste 1



Ne prenez ce produit que lorsque votre pharmacien vous l'a prescrit. Il ne doit pas être pris par une personne qui n'a pas été prescrite par un professionnel de la santé. Ne pas prendre ce produit si vous avez une réaction allergique au latanoprost ou au timolol.

Ne pas prendre ce produit si vous avez une réaction allergique au latanoprost ou au timolol.

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

Méthode d'application :
Méthode d'application :
Méthode d'application :
Méthode d'application :



Lot/Exp.:

CW2552
Y00868
10/2020
PPV 213DH00

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Xalacom®

XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement

car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin d'en lire les instructions à nouveau.
- Si vous avez des questions, contactez votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être donné à un enfant.



Xalacom®
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler
احترم الكمية الموصدة

Uniquement sur ordonnance. Liste 1



يُصرَن قبل الفتح في اللامسة (بر 2 و 8 درجات مئوية). بعد الفتح لا يُؤْخَذ مرتين في اليوم في درجة حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية وإن استخدامه خلال 4 أسابيع. فمّا تفَرَّغَ النّسّبة في العبوة الكرتونية المارقة يُبعَد عن الماء.

حاصلٌ ترخيص طرح المنتج في السوق:
مختبرات فابر ش.م.م.
053 كم. طريق الوليدية
المجديفة، المغرب

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين
 قنينة سعة 2.5 مل

Lot/Exp.:

CW2552
Y00868
10/2020
PPV 213DH00

Qui

1.0

2.0

3. Com.

4. Quels soins

4. Quels soins

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Xalacom®

XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement

car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin d'en lire les instructions à nouveau.
- Si vous avez des questions, contactez votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être donné à un enfant.



Xalacom®
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler
احترم الكمية الموصدة

Uniquement sur ordonnance. Liste 1



يُصرَن قبل الفتح في اللامسة (بر 2 و 8 درجات مئوية). بعد الفتح لا يُؤْخَذ مرتين في اليوم في درجة حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية وإن استخدامه خلال 4 أسابيع. فمّا تفَرَّغَ النّسّبة في العبوة الكرتونية المارقة يُبعَد عن الماء.

حاصلٌ ترخيص طرح المنتج في السوق:
مختبرات فابر ش.م.م.
053 كم. طريق الوليدية
المجديفة، المغرب

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين
 قنينة سعة 2.5 مل

Lot/Exp.:

CW2552
Y00868
10/2020
PPV 213DH00

Qui

1.0

2.0

3. Com.

4. Quels soins

4. Quels soins

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Xalacom®

XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement

car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin d'en lire les instructions à nouveau.
- Si vous avez des questions, contactez votre pharmacien ou votre médecin.
- Ce médicament ne doit pas être donné à un enfant.



Xalacom®
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler
احترم الكمية الموصدة

Uniquement sur ordonnance. Liste 1



يُنصح قبل الفتح في اللائحة (بر) 2 ودرجات
منوية). بعد الفتح الأول مرأة يمكن تخزين البصيرة
في درجة حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية وأن
استخدم خلال 4 أسابيع. قم بتحفظ البصيرة في
الصورة الكروتونية المارجانية بعيداً عن الماء.

صالح تزويد طبقي للناتج (أسوق)
متاجر فابر ش.م.م.
053-5405505
المجدي، المغرب

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين
 قنية سعة 2.5 مل

Lot/Exp.:

CW2552
Y00868
10/2020
PPV 213DH00

Qui

1.0

2.0

3. Com.

4. Quels so...

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Xalacom®

XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution
Latanoprost/Timolol



Veuillez lire attentivement

car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin d'en lire les instructions à nouveau.
- Si vous avez des questions, contactez votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être donné à un enfant.



Xalacom®
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler
احترم الكمية الموصدة

Uniquement sur ordonnance. Liste 1



Ne prenez ce produit que lorsque votre pharmacien vous l'a prescrit. Il ne doit pas être pris par une personne qui n'a pas été prescrite par un professionnel de la santé. Ne pas prendre ce produit si vous avez une réaction allergique au latanoprost ou au timolol.

Ne pas prendre ce produit si vous avez une réaction allergique au latanoprost ou au timolol.

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

Méthode d'application :
Méthode d'application :
Méthode d'application :
Méthode d'application :



Lot/Exp.:

CW2552
Y00868
10/2020
PPV 213DH00