

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.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>2074</u>		Société : <u>174 802</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Blouamor Mohamed</u>
Nom & Prénom : <u>HAYEL MOHAMADI bte elouahda ouet khalef'</u>		Date de naissance : <u>15/07/1953</u>	
Adresse : <u>ben OUALID N° 15 OUJDA</u>		Tél. : <u>06 11 87 25 96</u>	
		Total des frais engagés : <u>436,4 Dhs</u>	
Cadre réservé au Médecin Prescripteur			
Cachet du médecin : <u>Dr ABDELLAH BENKHALT OPHTALMOLOGISTE Rue Mohamed Darfour, 10 Belhousine, 10 ème étage Tel : 05 36 63 10 00</u>			
Date de consultation : <u>21/06/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BENKHALT HAYEL MOHAMAD</u> Age : <u>60</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>elma 3a jne</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>OD</u>			
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 : OUJDA **Le :** 10/09/2013
Signature de l'adhérent(e) C.B

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
27/10/2013 23	(2)		300 DH	INF : 08109A5791 Dr. Mohamed OPHTHALMOLOGISTE Rue Moussine Bouaroussine Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
PHARMACIE TENNIS Dr CHAK Eddine Rte M... 3 - N°19 Tél: 053... 02 - OUJDA ... 2055963	21/06/13	Montant de la facture 13640

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdelghani BENHALTI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie Oculaire et Orbito

Palpétrale, Angiographie - Laser -OCT

Topographie cornéenne

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie

à l'Hôpital Al Farabi - Oujda

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد الغني بنخالتي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة العين والجفن

جراحة المسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - لازر

خريج كلية طب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون مستشفى

الفارابي سابق بوجدة

خير مخالف لدى المحاكم

2/1 juin 2023

Oujda, le

Mr BENAMAR Mhammed

$$27.60 \times 2 = 57.20$$

CHIBROCADRON

1 gtté matin midi et soir, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

STERDEX POMMADÉ

$$26.60 \times 3 = 79.80$$

1 app par jour matin et soir, dans l'œil droit, pendant 1 Mois



PHARMACIE TENNIS
Dr CHIBROCADRON-Eddine
Rte Mohammedia B3 - N°19
Tél: 0535 66 02 - OUJDA
INPE: 05 2055963

Dr ABDELGHANI BENHALTI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Mohamed 1er, 1^{er} étage, Oujda
Belhoussine
Tél: 05 36 68 67 07

Ster
ستير

Dexaméthasone
دexaménakaline

Ster
ستير

Dexaméthasone
دexaménakaline

Pommade ophtalmique
جelly ophthalmique

Sterdex
ستيرديكس

Dexaméthasone
دexaménakaline

Pommade ophtalmique
جelly ophthalmique

Lot :
Fab :
EXP :

3014
12 20
12 20

Lot :
Fab :
EXP :

2075
08 2022
08 2025

Lot :
Fab :
EXP :

2048
04 2021
04 2024

6 118001 100378
Pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,25 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg /
PPV : 26,40 DH
Distributeur COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri
20 90 Casablanca
Pharmacie Responsable :
Amina DAOUDI

STERDEX
Pommade ophtalmique
dexaméthasone 0,25 mg
oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH
6 118001 100378
Pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,25 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg /
PPV : 26,40 DH
Distributeur COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri
20 90 Casablanca
Pharmacie Responsable :
Amina DAOUDI

NE PAS AVALER - NE PAS INHALER
RESPECTER LES DOSES RECOUTES
LUSTE ! - Utiliser seulement sur ordonnance
Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
1 goutte = 1 ml
1 flacon = 5 ml
NIVEAU 1

6 118001 100378

STERDEX
Pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,25 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg /
PPV : 26,40 DH
Pharmacie Responsable :
Amina DAOUDI
20 110 Casablanca
41, rue Mohamed Diouri
Distributeur COOPER PHARMA
Pharmacie Responsable :
Amina DAOUDI
20 110 Casablanca
41, rue Mohamed Diouri
Distributeur COOPER PHARMA
Pharmacie Responsable :
Amina DAOUDI

Ne pas utiliser chez la femme enceinte sauf en l'absence d'alternative thérapeutique



CHIBRO-CADRON
+ GROSSESSE
= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme enceinte sauf en l'absence d'alternative thérapeutique



CHIBRO-CADRON
+ GROSSESSE
= DANGER

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

6 118001 071425

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

6 118001 071425

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Chibro-Cadron 5 ml
Lot / Fab / EXP

6068 1224 040
0660 0660 0660

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Chibro-Cadron 5 ml
Lot / Fab / EXP

6068 1224 040
0660 0660 0660