

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

- Reclamation : 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 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-003158

179171

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1962 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Dassi Milouda

Date de naissance : 01-01-1974

Adresse : Hay Solim 55 Bouznika

Tél. : 06 35 123995 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Bouznika Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/11/23		05	280	الدكتور بوي يوسف Dr BOUIA YOUSSEF OPHTALMOLOGISTE 1er étage App. 2, Res. Walid - Benslimane Tél: 0528 29 69 69 / 0889 04 66 73 INPE: 071227441

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Famille Dr. EDDAKHCH Hamane N°4, Hay Ouhmane - Bouznika Tél: 0537 74 55 51	10/11/23	280,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

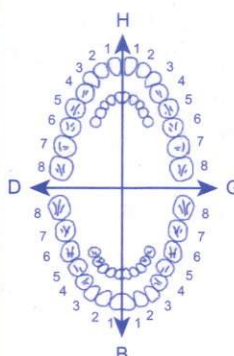
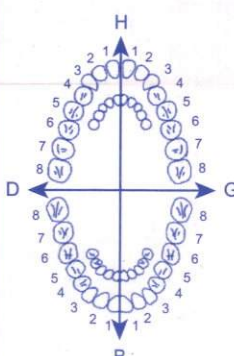
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

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 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 BOUIA YOUSSEF

Ex médecin Lt colonel
spécialiste maladie et chirurgie des yeux

Chirurgie de cataracte
par phacoemulsification
Chirurgie réfractive
OEil et diabète
OEil et glaucome
Oct topographie
Échographie oculaire



الدكتور بوياسف
طبيب عسكري سابق برتبة عقيد
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالليزر
الجراحة الإنكسارية
المين و السكري
المين و الضغط
التصوير بالموجات فوق الصوتية
تصوير أوعية شبكية العين
طبغرافيا مساحة القرنية
التصوير المقطعي بالاتساق البصري

بنسليمان في
10 octobre 2023

Mme DERSI Milouda

59,100

HYLO fresh

1 goutte x 4 / jour , pendant 3 Mois

LEVOPHTA: collyre

1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois

الدكتور بوياسف
Dr BOUIA YOUSSEF
OPHTALMOLOGISTE
1er étage App. 2, Res. Walid - Benslimane
Tél : 0523 29 69 69 / 0689 04 66 73

1: 244.00
Pharmacie de la Famille
Dr. EDDAKHCH Hanane
N°4, Hay Othmane - Bouznika
Tél : 0537 74 55 51

06 89 04 66 73

05 23 29 69 69

dryoussefbouia@gmail.com

résidence Walid 4 1ere étage appartement 2 boulevard Hassan II BENSLIMANE

إقامة وليد 4 الطابق الأول الشقة 2. شارع الحسن الثاني بنسليمان

INDICATIONS
Le médicament est utilisé pour traiter les symptômes liés à une conjonctivite allergique (yeux rouges, qui démangent, larmoiement, yeux et/ou paupières gonflés).
POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
Lire attentivement la notice intérieure. Ne pas conserver plus de 30 jours après ouverture du flacon.
NE LAISSER NI À LA PORTEE, NI À LA VUE DES ENFANTS.
A conserver à une température inférieure à 25°C.

Agiter avant emploi
 Découverte de la recherche Janssen /
 C'est un médicament

14
11

لبنغوفتا[®] 0,05%
قطرات بشكل معلق

Lévocabastine* ليفوكابستين
Collyre en suspension / قطرات بشكل معلق

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

Lévophta® 0,05%
Collyre en suspension

تقطير في العنبر / Instiller dans l'œil
 خصة فرنسار رقم: 347 398 96
 D.E Algérie رقم: 09/1781099
 رت تونس رقم: 528 312
 Nom et adresse du détenteur de la DE/ اسم و عنوان صاحب حق التسجيل / الرخصة:
 Laboratoire CHAUVIN
 416 , rue Samuel Morse - CS 99535
 34461 Montpellier Cedex 2 - FRANCE
 Nom et adresse du fabricant/conditionneur: اسم و عنوان المصنع و المعبي:
 Laboratoire CHAUVIN, Z.I. Ripotier Haut
 07200 AUBENAS – France

Art. 86269
C1DZMATN03

LOT

PPC:

031626

A close-up of a barcode with the number 711175 printed above it. The barcode is partially cut off by the right edge of the page.

Quartier des Hôpitaux
Casablanca / Maroc

PPV : 75,00 CHS



AMM N° 728/16DMP/21/NRO

ZENITH PHARMA

Collyre 5ml

LEVOPHTA 0.05%

LOT/ 88603
FAB/ 08-2022
EXP/ 05-2024

H8603