

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun

SAAD

Date de naissance :

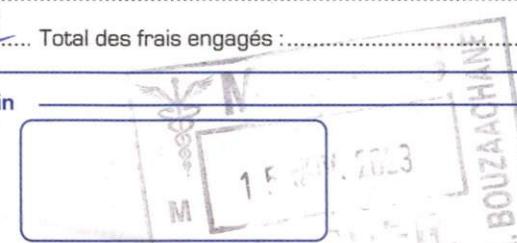
Adresse :

Tél. : 0678095601 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Omar LEZREK Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ALD Rue Ben Abdellah, App. N° 14

ALD Rue Ben Abdellah, App. N° 14

Affection longue durée ou chronique : ALD Rue Ben Abdellah, App. N° 14

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 :

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
13/11/23		S	30000	<p>Dr. Omar LEZREK Ophtalmologiste Immeuble B, Rue Bait Laham, App. N°4 Rabat - Tel.: 05 37 73 44 17 GSM : 06 63 71 65 75</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MARNE 42, Rue Patrice Lumumba RABAT Tél.: 0537 76 83 11-0537 76 42 57	13/11/23	150.00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
HARMONIE UNIVERSELLE KAMYANIS PHARMA SARL Avenue Allée Ben Abdellah - Rabat Tél : 05 08 50 86 79 ICE : 002649918000083	13/11/23		150.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
DEBUT D'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS			CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
FIN D'EXECUTION							
O.D.F					DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
					H	25533412	21433552
					00000000	00000000	
					35533411	11433553	
					B		
DATE DU DEVIS	MONTANTS DES SOINS			CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
DATE DE L'EXECUTION							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



Rabat, le 13 novembre 2023

Mr BEN JELLOUN DAKHAMA
Saad

1/ HYLO-PARIN

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 21 jours

Dr. Omar LEZREK
Ophtalmologiste
Appt. N°4
Bait Lahem, 42, Rue Parin, 10000
Rabat, Tél: 06 63 11 40 66
GSM: 06 11 63 11 40 66

Dr. Dr.
PHARMACIE DE LA MARNE
42, Rue Parin, Lumumba
Tél.: 0537 76 83 11 - 0537 76 42 57

15

BD 11811



هيلو بارين

6



يحتفظ به بعد 6 أشهر
من فتح العبوة

Pour l'hydratation et le soin de la cornée et de la conjonctive de l'œil irrité, souffrant de rougeur, de brûlures ou de démangeaisons.

قطرات عيون مرطبة تحتوي
 على هيبارين الصوديوم
 للحفاظ على سلامة القرنية و التهاب
 المائحة

من أجل الترطيب و العناية بالقرنية و
ملتحمة العين المصابة باحمرار، حرقه،
أو حكة.

خل من المواد الحافظة
ملائم للعدسات اللاصقة

10 مل - 300 قطرة
منتج للعلامة التجارية
هيلو اي كير

€ 0344



STERILE A



LOT

PPC:

١٥٥٣

307552

15000 H



HYLO PARIN®



URSAPHARM

URSAPHARM Arzneimittel GmbH
Industriestraße 35
66129 Saarbrücken
Allemagne

10 ml de solution stérile sans phosphate
pour utilisation ophtalmique

10 مل من محلول المعلق الحالى من
القوسقان، للاستخدامات العينية.



6

Ne pas utiliser plus de
6 mois après l'ouverture
du flacon.



HYLO PARIN®

Collyre hydratant
avec héparine sodique

Pour le soin de la cornée et de la
conjonctive irritée

Sans agents conservateurs.

Compatible avec des
lentilles de contact.

10 ml ~ 300 gouttes

Un produit de la marque

HYLO® EYE CARE



4 031626 710802

31.2809
CBA