

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-520676

373 78

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01421 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : KETTANI Mohammed Taftah
 Date de naissance : 25.11.1970
 Adresse : Rd El Girdaouy n°3 KMTI Bde la Macque
 Casablanca, Ave. Chock
 Tél. : 06 66 57 66 33 Total des frais engagés : 41 - 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 :
 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 : 25 / 7 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-520676

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01421
 Nom de l'adhérent(e) : Kettani
 Total des frais engagés : 41 -
 Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Carton du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie BINGHAZI 8 Lot Tanay BZAKHOUMI Rabia N° 22755323</p>	29/11/20	41,00

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	

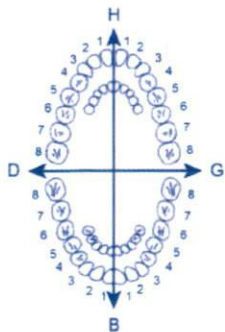
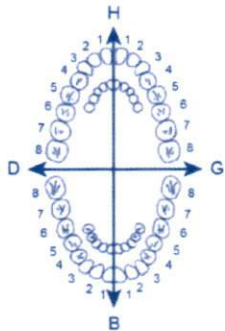
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صيدلية بلغاري
BENGH

Pharmacie BENGHAZI
BENZARHOUNI Rabia

Pharmacie
EZZARHOUCHE
2, rue N° 8 Lot Tanay California
Casablanca - Tél: 0522 52 27 62 M:...

Fracture

31489

M:

Kettani M

[illegible]

FR COMPOSITION :
Carbomère 974P.....0,300 g
Pour 100 g de gel ophtalmique

Chlorure de benzalkonium, sorbitol,
hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Excipient à effet notoire :

chlorure de benzalkonium
A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Après ouverture du tube, le produit
ne doit pas être conservé plus de
4 semaines.

Voie ophtalmique.
Lire la notice avant utilisation.

INDICATIONS D'UTILISATION :

Ce médicament est un gel
ophtalmique.

Il est préconisé pour soulager
les symptômes d'irritation liés
à la sécheresse oculaire (quand il
existe une insuffisance de larmes).
TENIR HORS DE LA PORTÉE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Ne pas avaler.

Médicament non soumis à
prescription médicale.

Médicament autorisé
N° : 3400933194819

Code CIP 13



3400933194819

Titulaire / Exploitant
Détenteur de la DE
LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blérot
63017 CLERMONT-FERRAND
CEDEX 2
FRANCE

المالك / المستثمر / صاحب مقر التسجيل
THEA مخابر تينا
12 شارع لويس بليريو
63017 كليرمونت فراند سينكس
فرنسا



GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

Fabricant
FARMILA THEA FARMACEUTICI S.P.A.
Via E.Fermi, 50
20019 SETTIMO MILANESE (MI)
ITALIE

المنتج
فارمिला - تينا فارموسيتيشي ش.ب.أ.
فييا E فيرمي، 50
20019 - ستيمو ميلانيز (م ي)
إيطاليا



MA Enreg. MA n° : 745/15 DMP/21/NRQ
745/15 DMP/21/NRQ رقم التسجيل بالمغرب
TN Enreg. TN n° : 8443042
8443042 رقم التسجيل بتونس

دواعي الاستطباب
هذا الدواء هلام للعين
يوصى به لتخفيف أعراض التهاب العين
(عند وجود نقص في كمية الدموع)
لا يترك في متناول الأطفال أو على مرأهم
لا يبلغ هذا الدواء غير خاضع لوصفة طبية.
رقم الدواء المرخص له: 3400933194819

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا
تتجاوز 25+ درجة مئوية
تنتهي (الشهر / السنة)
لا يجب الاحتفاظ بالأنبوب أكثر من أربعة
أسابيع بعد فتحه
يؤخذ هذا الدواء عن طريق العين
يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال

التريكيب
كربومير 974.....0.300 غ
100L غ من هلام العين.
كلوريد البنز الكونيوم، السوربيتول ،
هيدروكسيد الصوديوم، ماء منقى
سواغ ذو تأثير معروف:
كلوريد البنز الكونيوم

جيل لارم،
هلام للعين
كربومير 974P
أنبوب يحتوي على 10غ

Gel-larmes®
Gel ophtalmique
Carbomère 974P
Tube de **10g**