

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

- 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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-458081

37724

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1853

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAKACH MOHAMED NAJIB

Date de naissance : 02/06/1953

Adresse : BLOC B Y RUE NR 4 MAISON NR 99

CITE DAKNIA ALAIZIR

Tél. : 0661323124 Total des frais engagés : 99,60 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 : ALAKACH Le : 26/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-458081

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 : 1853

Nom de l'adhérent(e) : DAKACH

99,60 Dhs

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR AL NASSAR SODAHL Dr. A. Al Mansour - AGADIR Télé: 0522 007311 INP: 042 007311	26/06/2016	99.65

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

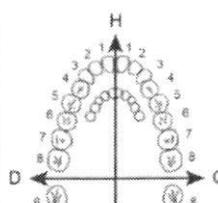
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur BENAMAR Faïçal
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

SPECIALISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

23. Rue du Prince My Abdallah
CASABLANCA - 01
Téléphone : 05 22 22 05 66

الدكتور بنعمار فيصل
أمراض وجراحة العينين

اختصاصي
خريج كلية الطب بمنبولي

23، زنقة الامير مولاي عبد الله
الدار البيضاء، 01
الهاتف : 05 22 22 05 66

Casablanca, le 22.10.19 N°...126824..

Mme HADIANI SAIDA

1510
-COLLYRE LEVOPHTA
1 goutte matin et soir

* * * *

24,60
-COLLYRE FRAKIDEX
1 goutte 3 fois par jour, pendant 10 jours

* * * *

24,60
-POMMADe STER-DEX
1 application interne au coucher, pendant 10 jours

* * * *

-COMPRIMES VITANEVRIL FORT
1 comprimé 3 fois par jour, pendant 10 jours



Docteur BENAMAR Faïçal
Maladies & Chirurgie des Yeux
23, Rue du Prince Moulay Abdallah
Casablanca - Tél: 022.22.05.66

Date 26/06/2020

BON DE LIVRAISON N°

EXPEDITEUR

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSERHIR
61, Av. Al Mansour Eddahbi
Cité Dakhla - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

DESTINATAIRE

Réf. Commande : _____
Conditions de paiement : _____

1)

Levophanta cl

75.0

2)

FranKidex cl

24.60

99.60

AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSERHIR
61, Av. Al Mansour Eddahbi
Cité Dakhla - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

Reçu les marchandises ci-dessus en bon état

Signature

A _____ le _____

07220 AUBENAS - France
Laboratoire CHAUVIN, Z.I. Ropotier Huit
34961 Montpellier Cedex 2 - FRANCE
FRBRICANT ET CONDITIONNEUR
349535 116, rue Samuelli Morse - CS 9535
Laboratoire CHAUVIN
34009 37 398 6 DE LA DE
DE ANM Tunisie n° 99/17819/96
TITRAIRE DÉTECTEUR DE LA DE
34009 37 398 6
Medicament Utile
Institut Léon Bérard
34320 AUBENAS - France

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

INDICATIONS

Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes liés à une conjonctivite allergique (yeux rouges, qui dérangent, qui larmoient, 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 A LA PORTEE, NI A LA
VUE DES ENFANTS.**
A conserver à une température
inférieure à 25°C.

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 75,00 DHS
AMM N° 728/16DM

عارف/ LOT H5396
تاريخ الإنتاج FAB 11-2019
تاريخ الانتهاء EXP 10-2021

Agiter avant emploi

* Découverte de la recherche Janssen /
اكتشاف بحث جانسن *

کلمہ پک چالس



COMPOSITION: Sulfate de framboisier 630 000 UI, phosphosphate sodique, chlorure de benzalkonium 10 mg, conservateur : thioréine de benzalkonium 10 mg, eau purifiée, extrait de framboise, polysorbate 80, hydroxyde de sodium, citrate de sodium, chlorure de benzalkonium, eau purifiée, chlorure de benzalkonium.

Rausch & Lomb Laboratoire Chauvin

Collyre en solution

Sulfate de tammécine 6300 UI/ml
Lys-6300 6300 UI/ml

FRAKIDEX®

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice intérieure.

حالات الاستعمال، المقاييس، التحذير

انظر التفاصيل داخل العلبة

Voie ophtalmique / Instiller dans l'œil

للاستعمال في العين / تقطير في العين

Ce médicament est à conserver à une température inférieure à 25°C.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة أقلّ من 25° م.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours.

Ce médicament est à utiliser
après ouverture du flacon.

لا يجوز حفظه أكثر من 15 يوماً بعد فتح الفارغة.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE
NI À LA VUE DES ENFANTS

NIA LA VUE DES ENFANTS.

Lista 1 / 13



Soyez prudent

Ne pas conduire sans avoir lu la notice.

٢٠١٦

جنوب القيادة

فراءة النسرة

Frakidex®

NE PAS AVALER

NE PAS INJECTER

لا يجوز حفته

FRAKIDEX Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 24.60 DHS
AMM n°218/16 DMP/21/NR0