

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 canaux, 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 canaux.

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



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 E8 Rue NR4 MAISON NR 99
 CITE DAKHA ABADIR
 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 : ABADIR 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
 Total des frais engagés : 99,60 Dhs
 Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/2020	99.65

[illegible][illegible]

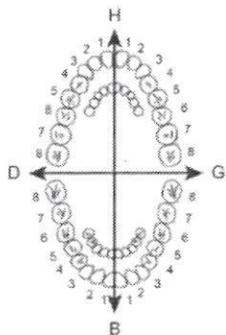
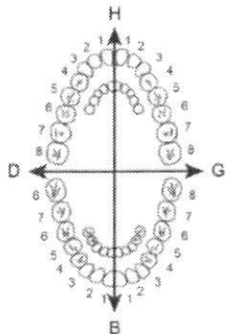
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

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

امراض وجراحة العينين

اختصاصي

خريج كلية الطب بمبويلي

23, زقة الامير مولاي عبد الله

الدار البيضاء. 01

الهاتف : 05 22 22 05 66

Casablanca, le22.10.19..... في الدار البيضاء N°...126824..

Mme HADIANI SAIDA

75,0
-COLLYRE LEVOPHTA
1 goutte matin et soir

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

24,40
-POMMADE STER-DEX
1 application interne au coucher, pendant 10 jours

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

22,80
154,80
Docteur BENAMAR Faïçal
Maladies & Chirurgie des Yeux
23, Rue du Prince Moulay Abdallah
Casablanca - Tél: 022.22.05.66

صيدلية أسية
PHARMACIE ASSIA
Dr. DAUDI HIND
Hay Al Amal II Rue 42 N°76
Casa - Tél: 05 22 85 42 71

Date

26/06/2020

EXPEDITEUR

BON DE LIVRAISON N°

DESTINATAIRE

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

Réf. Commande :

Conditions de paiement :

2

Levophthal

75.00

1

Fraxipar

24.60

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

99.60

Reçu les marchandises ci-dessus en bon état

Signature

A _____ le _____

07200 AUBENAS - France

[illegible][illegible]

Excipient à un effet notoire : chlorure de benzalkonium.

hypromellose, polysorbate 80, eau purifiée) q.s.p. 100 ml.

disodique anhydre, phosphate monosodique monohydraté,

(solution à 50%), édétate de sodium, propylène glycol, phosphate

lévocabastine base 50 mg). Excipients : chlorure de benzalkonium

COMPOSITION : Chlorhydrate de lévocabastine + 54 mg / soit

Levophita® 0,05%
%0,05

حالات الاستعمال

يستعمل هذا الدواء لعلاج الأعراض المرتبطة
بالتهاب الملتحمة العائدة إلى الحساسية
(احمرار العينين، حكة في العينين، رطوبة في
العينين، تورم العينين، / أو الحفوف).

المقالات والتحديث

5 أقرأ النشرة داخل العلبة بانتباه قبل استعمال
لا يجوز استعماله أكثر من 30 يوماً بعد فتح

حفظ بعداً عن متناول راحة الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة أعلى من 25 °م.

حب خضه قبل الاستعمال

Centre de la recherche J



Ne pas conduire

sans avoir lu la notice

کن حذر

تَحْنِبُ الْقِيَادَةَ قَبْلَ

قراءة النصرة

LOT/عبار H5396

11-2019 تاريخ الاندماج FAB/

10-2021 تاريخ الإنهاء: EXP/

AMM N° 728/16DMP/21/NBO

