

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº P19- 053555

61279

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2279 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENTAJA HASSAN Fathia

Date de naissance :

29/03/54

Adresse :

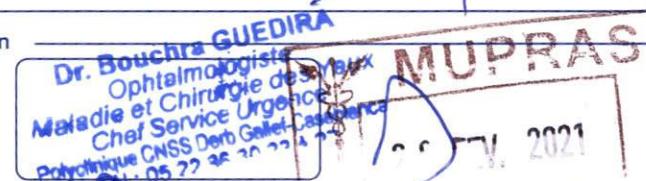
294 Amelkis II Nekhl Sud

Tél. : 0661311629

Total des frais engagés : 135,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENNANI Hassna Age : 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Conjektiv + Débordement oculaire

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 : 26/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-053555

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 : 2279

Nom de l'adhérent(e) : BENNANI Hassna

Total des frais engagés : 135,20 Dhs

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
16/10/2020		6		Dr. Bouchra Ophthalmo- logue Maladie et Chirurgie des Yeux Chef Service Urgence Polyclinique CHGSD Rabat Gendarmerie Tel : 05 22 85 30 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASSIF Mme SESTI Farida Praticien en pharmacie 4, Bd Allal El Fassi Unité 4 Daoudiate - Marrakech Tél : 05 24 30 30 35	14/10/2020	136,20

INPE : 072011844

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

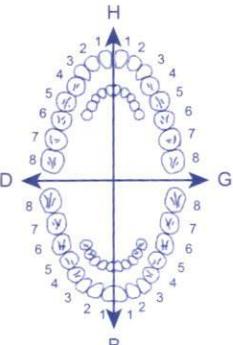
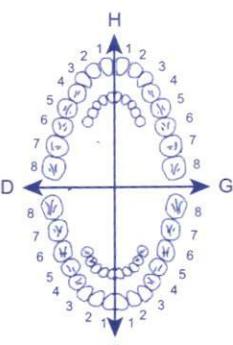
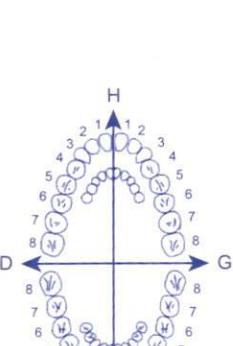
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

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				Coefficient des Travaux												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة ORDONNANCE



درب غلاف
DERB GHALLEF

Le 16/10/2020

Zoumni Assif

76,20

① Algiers



Dok "A" 250 ml

60,00

CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoire Sotéma
AJ.M.M. N° 96/OMP/21/NPP
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis



② Glux 200 mg

Dok x

= 136,20

Dr. Bouchra GUEDIRA
Ophtalmologiste
Maladie et Chirurgie des Yeux
Chef Service Urgence
Polyclinique CNSS Derb Ghallef Casablanca
Tel : 05 22 86 42 05

PHARMACIE ASSIF

Mme SEGTI Farida
Docteur en pharmacie
219, Bd Attia El Fassi Unité 4
Daoudia - Marrakech

زنقة الضمان - درب غلاف - الباركام - الهاتف : 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

ازيتير 15 مغ/غ

Sans conservateur

6 récipients unidoses de 0,25 g
Collerette en solution

Azyter 15 mg/g / كبس 15 مغ

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :
Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتير 15 مغ/غ

أزيتروميسين 14,3 مغ
على شكل أزيتروميسين
ثاني الاماهة 15 مغ
ل 1 غ من محلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من محلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيتروميسين الثنائي
الاماهة.

السواح :
ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre; B/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

72, ٢٢ ٩١

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتر
المنطقة الصناعية في لا غوري
كوتنس سيدكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبتلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I - إلا بوصفة طبية