

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

ie 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

éclamation : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

73120

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1543 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUSSOUSS Brahim

Date de naissance : 1 - 1 - 1950

Adresse : HOGA MAL 34-1 B de El fidan

Tél. : 0674-63-62-78

Total des frais engagés : 272.60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Br EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59, Bd. Zaraktouni Casablanca
Résidence Les Fleurs*

Date de consultation : 18/05/2021

Nom et prénom du malade : OUSSOUSS Brahim

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Aggravation

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 03 JUIN 2021

Signature de l'adhérent(e) :

23/05/2021

ACCEUIL
03 JUIN 2021
MUPRAS

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
18/5/21		C2	250.DH	Dr El ASRI Ophthal 19. Bd. 23ème résidence les fleurs

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE CASARIN 160, Bd EINSTEIN TELE 03 22 50 00</i>	<i>09.20.17.300 I.N.P.E 181-51en</i>	<i>42,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Doctor ASRI Halima

OPHTHALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hôpital de Mohammadia

الدكتورة العسري حلية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le :

18/05/2021

OUSSAOUA BAAHIN

22,60

- Fluon 18fl x 350ml / 10°

AS

صيدلية الدار البيضاء
PHARMACIE EL CASABLANCA
160, Bd El Nahatta - Casablanca
Tél. 05 22 80 09 70

Dr EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59, Bd. Zerkouni Casablanca
Résidence les Fleurs

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

FLUCON[®], collyre

Fluorométholone

b) COMPOSITION

Fluorométholone 0,1 g
Chlorure de benzalkonium 0,01 g
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracétate de sodium, alcool polyvinyle, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium pour ajuster le pH, eau purifiée q.s.p. 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 3 ml.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CORTICOÏDES

e) NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE / EXPLOITANT

Laboratoires ALCON
4, Rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

ALCON CUSÍ, S.A.
E-08320 El Masnou-Barcelone

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ? (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

La fluorométholone est un anti-inflammatoire qui appartient au groupe des corticoïdes.

Ce médicament est indiqué pour traiter certaines maladies inflammatoires de l'œil.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER



6 118001 070244

Flucon collyre d. 3 ml

A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema

PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO

406865