

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.

Déclaration de Maladie



N° W21-630522

Me du conjoint

112149

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 2048

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MR BENCHERIF SIDI-SAID

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. : 0661453762 Total des frais engagés : #12 Euros # Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 70 ans

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 : Casablanca Le : 07/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
DES MAISONS NEUVES 42 Avenue Félix Faure 69000 LYON Tél. 04 78 54 01 60 Fax 04 72 33 65 45 ISS 133012	21/03/22	1 Box Ac vonge 1 Allergoflash 12 €

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

ENTREPRISE DÉSIGNÉE		TITRE ET NATURE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXÉCUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Phie des Maisons Neuves
 Christian MR MERLIN
 242 Avenue Felix Faure
 69003 LYON
 FRANCE
 Tel: 0478540966
 N° SIRET: 44834050500016
 Code NAF: 4773z - FR30448340505

Page 1 / 1

FACTURE

N°5640

Du 27/03/2022

Date de l'échéance 28/03/2022

BENCHERIF S-said
 35 cours richard vitton
 69003 LYON

Opérateur: Stephanie P

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
BORAX/AC.BORIQUE MYL SOL OPH 5ML10 CONSEIL 3400930190630	1	3,182	10,00%	3,18
N° Lots : Y51001				
ALLERGIFLASH0,05PC COLLY DOS10 3400934691638	1	7,727	10,00%	7,73
Montant HT		Taux TVA (*)		Montant TTC
10,91		10% (10)		12,00
Total HT			Total TVA	Total TTC
10,91			1,09	12,00

Mode(s) de règlement

Espèces

12,00

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 10: taux 10.0

IND

Voie oculaire. Lire la notice avant utilisation. Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes d'une allergie au niveau des yeux (conjonctivite allergique) reconnaissable par des yeux et/ou des paupières gonflés, des yeux rouges, qui démangent ou qui larmoient.

POSÉOLOGIE

La dose recommandée est d'une goutte dans chaque œil 2 fois par jour.

COMPOSITION

Lévocabastine 0,05 g
(sous forme de chlorhydrate de lévocabastine)
Pour 100 mL de solution.

Excipients: Hydroxypropylbétadex, phosphate monosodique dihydraté, phosphate disodique dodécahydraté, chlorure de sodium, eau purifiée.

Excipients à effet notable: Phosphates.
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Utiliser le récipient unidose immédiatement après ouverture et le jeter après utilisation.



jet before use. This medicine is used to treat symptoms of an eye allergy (allergic conjunctivitis) recognizable by swollen eyes and/or eyelids, red, itchy, or watery eyes.

DOSAGE

The recommended dose is one drop into each eye twice a day.

COMPOSITION

Lévocabastine 0,05 g
(as levocabastine hydrochloride)
For 100 mL of solution.

Excipients: Hydroxypropylbétadex, sodium dihydrogen phosphate dihydrate, disodium phosphate dodecahydrate, sodium chloride, purified water.

Excipients with known effect: Phosphates.
Read the package leaflet for more information.

SPECIAL WARNINGS

Keep out of the sight and reach of children.

Use the single-dose container immediately after opening and throw it away after use.



®/™ signifie que ce sont des noms de marque appartenant à Bausch & Lomb Incorporated ou à l'une de ses filiales.
© Bausch & Lomb Incorporated.

®/™ are trademarks of Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.
© Bausch & Lomb Incorporated.



CIP 3400934691638
LOT/BATCH H6891
FAB/MANUF 02 2021
EXP/EXP 01 2023

Médicament
autorisé /
French MA
n° 34009
346 916 38

Art. 86277
C1AP03

Collyre anti-allergique 10 RÉCIPENTS UNIDOSES de 0,30 mL

LE VOCABASTINE 0,05% Collyre en solution en récipient unidose

BAUSCH + LOMB LABORATOIRE CHAUVIN

AllergiFlash®

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

Collyre en solution
en récipient unidose

AllergiFlash®

LÉVOCABASTINE 0,05%
LEVOCABASTINE 0,05%

Collyre anti-allergique
Anti-allergic eye drops

Titulaire et
Exploitant /
MA Holder and
Marketed by:
Laboratoire Chauvin
416 rue Samuel
Morse - CS99535
34961 Montpellier
Cedex 2 - FRANCE

10 RÉCIPENTS UNIDOSES de 0,30 mL
10 x 0.30 mL SINGLE-DOSE CONTAINERS



