

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.

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° W21-617032

121978

Pr. Louria

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2020

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASSIDDIKI MOHAMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

AP 031 MM 47 Lot ASSABAH ESSAOUIRA EL JADIDA

Tél. :

0699599596

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13/06/02

Nom et prénom du malade :

ASSIDDIKI n°

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Contraction ophtalmo

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-617032

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
10/06/22			250,000.00	INP : 051032524 Signature John Doe Date 14/06/2022 EScompte 34 01 99

INPE

Cachet du Pharmacien

L'achet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE SA
OUSSI A

22 Ziquaq 05 24 79 26 95

26/09 Tel: 03 -

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUSSI docteur CHAOUKI SNOUSSI Ahmed 22 Ziquaq R 05 24 79 26 95	13.06.22	99,90

Cachet et signature du

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue**

1000

11. *What is the primary purpose of the following statement?*

Cachet et signature

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

— 10 —

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ALOUTA Nadia
Ophtalmologiste

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification
Chirurgie des voies lacrymales et annexes
Angiographie retinienne - laser - OCT
Strabologie - Glaucome
Contactologie
Diplômée du CHU ibn rochd casablanca
Diplôme de contactologie du CHU bordeaux - france



الدكتورة الوطة نادية

إخصاصية في جراحة وطب العيون

جراحة المياء البيضاء

جراحة المسالك البصرية

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

علاج المول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

13 juin 2022

Essaouira le :

Mr. ASSIDDIKI MOHAMED

16,60

1/ ALLERGODIL COLLYRE



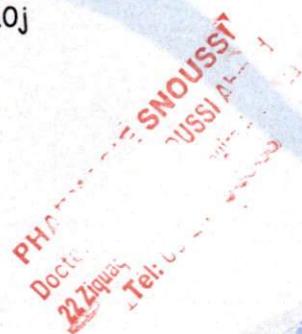
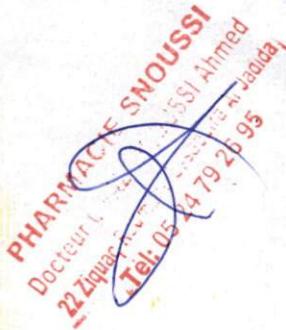
22,60 1 goutte x2/j, les deux yeux; 1 mois

2/ FLUCON COLLYRE



1 goutte x4/j, les deux yeux; 10j

7: 99,20



شارع العقبة - إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبالة التكوين المهني الصويرة

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

Allergodil®

Composition en
substance active

Chlorhydrate d'azélastine
0.05g/100 ml

Liste des excipients :

Chlorure de benzalkonium,
hypromélose, édétate de
sodium, sorbitol à 70 pour
cent (cristallisable), hydro-
xyde de sodium, eau pour
préparations injectables

Forme pharmaceutique
Collyre en solution.

Excipient à effet notoire
Chlorure de benzalkonium.

**Indications Théra-
peutiques**

Traitements symptomatiques
des conjonctivites
allergiques.

**Mode et voie d'adminis-
tration**

Voie oculaire

**ADMINISTRATION DANS
L'OEIL**

Lire la notice avant
utilisation

Médicament autorisé

3400934767203

Allergodil® 0.05%, collyre en solution

Précautions particulières
de conservation

Tout flacon entamé doit être
utilisé dans les 4 semaines.

**TENIR HORS DE LA
VUE ET DE LA PORTÉE
DES ENFANTS**

**Allergodil®
0.05%, collyre
en solution**

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 76DH60

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I
RESPECTER LES DOSES PRÉSÉNTÉES

Chlorhydrate d'azélastine
0,05 g/100 ml

Flacon de 6 ml avec
compte-gouttes

Collyre en solution



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



Titulaire / Exploitant :
**MEDA PHARMA /
MYLAN MEDICAL SAS**

40-44 rue Washington
75008 Paris, France

