

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Entre 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Nohamed

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : Lotissement Zahra Rue 8 n° 1

Attn: casa

Tél. : 066.716.4605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AKKAZENE Nohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

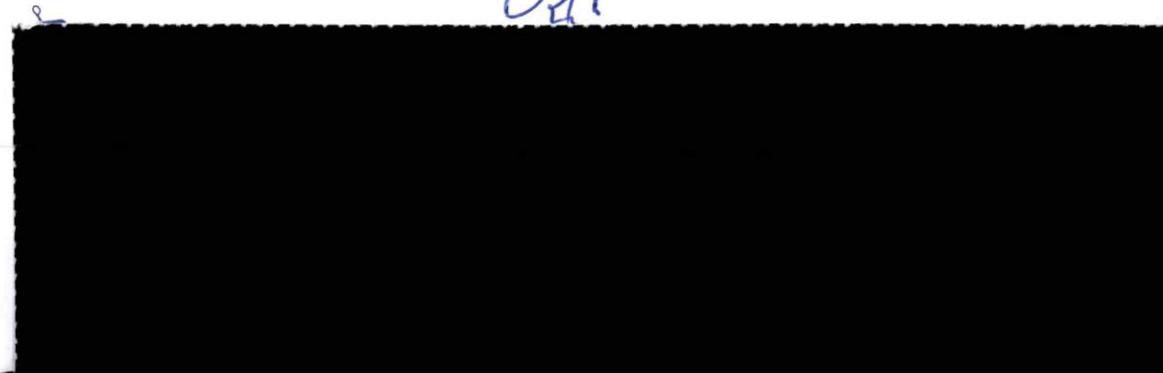
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casa Le : 30/06/22

Signature de l'adhérent(e) : DR



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15-06-2020	526,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

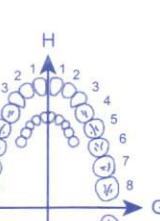
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins												
			Date du devis												
			Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE OUED EL MAKHAZINE

DATE

15.06.2022

CLIENT

MR Akkayes Abdessamad.

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Bennani DR
Docteur en Pharmacie
1, lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca
Tél: 05 22 52 70 17 Email: bennani.d@gmail.com

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
Cosapt	2	126,10	252,20
Alprostadil	3	91,50	274,50
<p>facture à mon nom de: cinquante et cinq dir</p>			
<p>dispenses et 70 centimes</p>			
<p>196,70</p>			

Adresse: 1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc

ICE: 000360180000069 - IF: 14397411 - CNSS: 9417256 - RC: 399650

Tél: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com - Patente: 34071420

LOT U037807 3
EXP 10 2023
PPV 126.10 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
ملغ/ملل 5 + 20 ملغ/ممل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (الائحة 1)



LOT U037807 3
EXP 10 2023
PPV 126.10 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
ملغ/ملل 5 + 20 ملغ/ممل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (الائحة 1)



ALLERGAN



0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

Flacon de 5 ml

PPV.91DH50

Ca
K



Coll

6

Flacon de 5 ml

ALLERGAN



0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

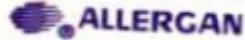
PPV.91DH50

Collyre en solution

Flacon de 5 ml

PPV.91DH50

Fabriqué par les Laboratoires



Westport, County Mayo, Irlande
Importé par les Laboratoires



Route Régionale
Casablanca/Mohammedia n°322-
Km 12.400 Ain Harrouda 28630
Casablanca- Maroc

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)
جدول A (اللائحة A)



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

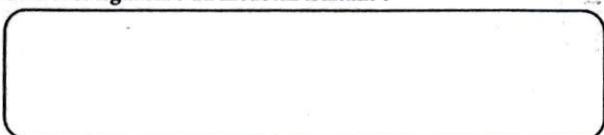
NIVEAU 1

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml



6 118001 251384 >

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	AKKAZENE MOHAMED
Matricule :	16 79
N° CIN :	B69 260
Adresse :	lotissement Zahra Rue 8 n°1 Ain Chok - Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, Mr. :	A k KAZENE mohamed
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	CP 5001 AL phagon
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Carap le 14 FIFV 2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
  	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées