

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 Fekir 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° W21-768806

Sur ✓



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13418		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Benyamin Osman			
Date de naissance : 07/07/1953			
Adresse : fit Nellil			
Tél. : 0662 875 675		Total des frais engagés : 225,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 17/07/2022		
Nom et prénom du malade : EL GHALIA		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <input type="checkbox"/>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <input type="checkbox"/>		
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) :

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
Pharmacie Ernest Renan	09.09.22	225.70
SAU LAN MEDICALE PHARMACEUTIQUE		
Dr LAMOUASNI Khaoula		
Docteur en pharmacie		
34 Rue Ahmed Akkad ex-avia turs Casablanca - Tel 0522994975		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

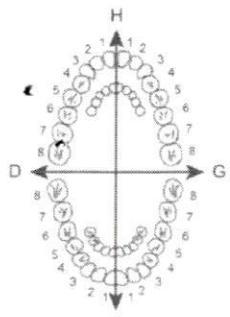
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

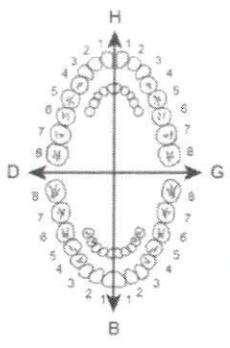
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	26533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie Ernest Renan
SARLAU LAMÉTICALE PHARMACIE
Dr LAKOUIASNI Khacala
Docteur en pharmacie
34, Rue Akkad ex-aviateurs Oasis
Casablanca - Tel 0522994975

مصحة الفراشات

Casablanca le 10/09/2021 الدار البيضاء في

26.40 B'l' d M^{me} Benayz ELGHALIA

1). Tébusc gratt. sur Jau **SV**

124.00 Igratt. x 3 j. f.

2). Konzkin long. **SV**
Naupombe à un semain
puis Naupombe à un mois

3). Soins du cordon **SV**
BaJorphy **SV**

+ en pusris 700

15.30

4). Physiomer Baby + moulu b's **SV**
221.70 Nettoyage x 2

Dr. KHAYAT AT MARRAKESH
Centre Bouskoura Afr. Pédiatrie
Centre Rachidi Tel. 0522 01 26 25

GTIN

(01)04260095681805

EXP

06 2024

Lot

F3091FD3

MFD

06 2021

SN

T5HX8JY0WMP8UQU



**BOTTU SA
PPV: 124 DH 00**



bebé,
oido de
niça. A sua
do bebé sem
é inquebrável e es-
da as vezes que forem
E VISTA DAS CRIANÇAS.
ivo. CNP: 6050609



3 518646 673016

ZENITH Pharma

PPC : 75,30 DH

LOT



G213442

06 2020

IG 235955 NR 05/19
120 x 40 x 70 mm SP

LOT 221729

EXP 04 2025

PPV 26 40



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول ١ (اللائحة ١) - يصرف بوجوب وصفة طبية

04/20
04/20

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Flacon de 5 ml

TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6118000 020417

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

Voie locale.
En instillation oculaire.
Ne pas avaler, ne pas injecter.

COMPOSITION :

Tobramycine.....0,3 g
Chlorure de benzalkonium,
acide borique, sulfate de
sodium anhydre, chlorure
de sodium, tyloxaopol, eau
purifiée.

Excipient à effet notable :

Chlorure de benzalkonium.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Ce médicament se conserve
15 jours après ouverture du
flacon. Notez en clair la date
d'ouverture sur l'emballage.
A conserver à une
température ne dépassant
pas 25°C.

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

توبيركس® 0,3 %
قطرات للعين على شكل محلول

استخدام موضعي.
النظر في العين.
لا يسلخ، لا يحقن.

التركيبة :
توبراميسين

كlororid altsaliktonium, حمض الوريد،
كlororid altsaliktonium، توبراميسين،

كlororid altsaliktonium، توبوكارب، ماء معطر،
سوانغ ذو أيام معروفة: كلورور البنزالكوليوم

أقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال
يحفظ هذا الدواء مدة 15 يوماً بعد فتح

القارورة.

أكتب بوضوح تاريخ الفتح على العبوة.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25

درجة مئوية.

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

SOTHEMA

Titulaire d'AMM / Fabricant :
Laboratoire SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc