

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° W21-787782



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8328

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

17 MAI 2023

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/04/2023	116,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

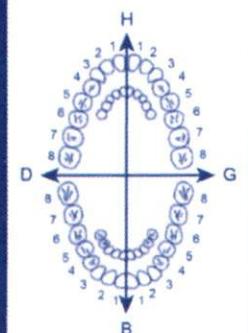
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

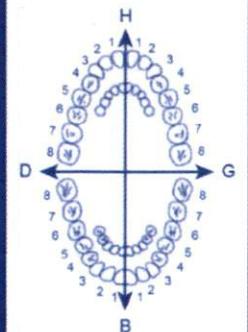
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 27 avril 2023

HAROUROUD Nadia

Instiller dans l'œil gauche,

FRAKIDEX collyre

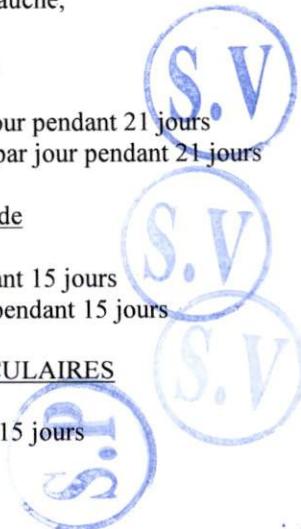
1 goutte 3 fois par jour pendant 21 jours
puis 1 goutte 2 fois par jour pendant 21 jours

FRAKIDEX pommade

3 fois par jour pendant 15 jours
puis 2 fois par jour pendant 15 jours

PANSEMENTS OCULAIRES

au coucher pendant 15 jours



FRAKIDEX®

٦٢

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

C1BZM4N03
Art. 86273

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRC
N°11111111111111111111111111111111

عبار / LOT H8384
الناتج / FAB 04-2022
المبتدء / EXP 03-2024

6118001270118

PPV: 24.60 (%)

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

FRAKIDEX®

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
Se reporter à la notice intérieure.

حالات الاستعمال، المقدير، التحذير

أمثلة على التدوين داخل المعاشرة

اتعلم النشرة داخل العلبة

Instillation oculaire / Instiller dans l'œil

للاستعمال في العين / تفجير

icament est à conserver à une
température inférieure à 25°C.

ature intermédiaire à 25 °C.

camant est à utiliser dans les 15 jours.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours d'ouverture du flacon.

يجوز حفظه أكثر من 15 يوماً بعد فتح الـ

NE LAISSER NI À LA PORTÉE
NI À LA VUE DES ENFANTS

ك في متداول أو تحقق



Soyez prudent

Ne pas conduire sans avoir lu la notice

كن حذراً
تجنب القيادة قبل
أمة المُتّقدة

Frakidex®

NE PAS AVALER

卷之三

NE PAS INGÉRER

NE PAS INJECTER

FRAKIDEX®

١٧٦

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

C1BZMATN03
Art. 86273

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRC
N°11111111111111111111

عبار / LOT H8384
الناتج / FAB 04-2022
المبتدء / EXP 03-2024

6118001270118

PPV: 24.60 JHS

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

FRAKIDEX®

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

حالات الاستعمال، المقاييس، التحلير

أفضل النشرة داخل العلبة

Voie ophtalmique / Instiller dans l'œil

Ce médicament est à conserver à une

température inférieure à 25°C.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours
après ouverture du flacon.

يجوز حفظه أكثر من 15 يوماً بعد فتح الفارورة.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE
DU LÂCHE DES ENFANTS

LA VUE DES ENFANTS.

مکالمہ اور محتدیہ نظر

Liste 1 / 1



Soyez prudent
Ne pas conduire sans
avoir lu la notice

كتاب حدى
تجنب القيادة قبل
قراءة النشرة

Frakidex®

NE PAS AVALER

**• بیس
NE PAS INJECTER
لا يحقن**

14

FRAKIDEX®

١٧٦

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

C1BZMATN03
Art. 86273

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRC
N°11111111111111111111

عبار / LOT H8384
الناتج / FAB 04-2022
المبتدء / EXP 03-2024

6118001270118

PPV: 24.60 DHS

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

FRAKIDEX®

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

حالات الاستعمال، المقاييس، التحليل

أفضل النشرة داخل العلبة

Voie ophtalmique / Instiller dans l'œil

للاستعمال في العين / تقطير في العين

Ce médicament est à conserver à une

température inférieure à 25°C.

حفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25 °م

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours

après ouverture du flacon.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE
DU LÀ-DESSUS DES ENFANTS

LA VUE DES ENFANTS.

١٢٣

Liste I / 1



Soyez prudent
Ne pas conduire sans
avoir lu la notice

Frakidex®

NE PAS AVALER
لا يبتلع

NE PAS INJECTER
لا يحقن

14