

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

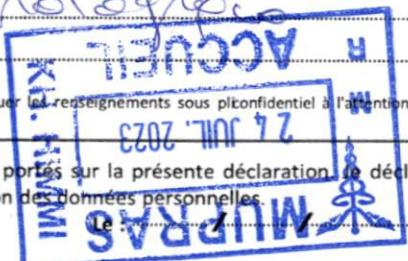
- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-657692

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 2704 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 169241 |
| Nom & Prénom : EL BAKKALI Samia | | | |
| Date de naissance : 12/07/1965 | | | |
| Adresse : 6 rue Sbl aroui Hay salam Casablanca | | | |
| Tél. : | 0668571756 | Total des frais engagés : | 812,00 Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
|  | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 10/06/2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : EL Bakkali Samia Age: _____ | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : CS 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 : | ACCUEIL | Date : | 24 JUIL 2023 |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10.06.23 | C.S | | 3.00 | INP : 0910668841 Signature |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Personnel | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE DRIBNA</i> Mme DRIBNA - Pharmaciene 16, Bd. Grégoire - Casablanca 161-05-22-36 - 052 | 10/06/2023 | 512,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADVERSE

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------------|
| | | | | INP : [] |
| | | | | 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 [] |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفة
اختصاصية في أمراض وجراحة العين
VII خريجة جامعة باريس
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le 10/06/23

الدار البيضاء في

EL-Bakkal Sanaa



HARMACIE L'OLIVIER
Mme DRIBINA Fatima
Pharmacienne
76, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 05 22 36 10 59

1571,00 x 3

15 / L. heurlope

1500.00 x 2 à 3. /
6 mois / 3002

42,00

2) Gel. larmes

HARMACIE L'OLIVIER
Mme DRIBINA Fatima
Pharmacienne
76, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 05 22 36 10 59
612,00



Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Ophtalmique

Solut
ocula
Flacc
COM

VR2762C10MAR/0722

MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

ation et la lubrification de la surface
nt des symptômes de l'œil sec.

| | |
|---|--------|
| Tréhalose | 3 g |
| Hyaluronate de sodium..... | 0,15 g |
| Autres composants : | |
| Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p..... | 100 ml |

Détenteur de la décision d'homologation :

 Laboratoires Théa - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires. Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran

Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Ophtalmique

Solut
ocula
Flacc
COM

VR2762C10MAR/0722

MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

ation et la lubrification de la surface
nt des symptômes de l'œil sec.

| | |
|---|--------|
| Tréhalose | 3 g |
| Hyaluronate de sodium..... | 0,15 g |
| Autres composants : | |
| Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p..... | 100 ml |

Détenteur de la décision d'homologation :

 Laboratoires Théa - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires. Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran

Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Ophtalmique

Solut
ocula
Flacc
COM

VR2762C10MAR/0722

MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

ation et la lubrification de la surface
nt des symptômes de l'œil sec.

| | |
|---|--------|
| Tréhalose | 3 g |
| Hyaluronate de sodium..... | 0,15 g |
| Autres composants : | |
| Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p..... | 100 ml |

Détenteur de la décision d'homologation :

 Laboratoires Théa - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires. Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran