

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GOTWI AHMED

Date de naissance : 09-07-1968

Adresse : HABITuelle

Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 34,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

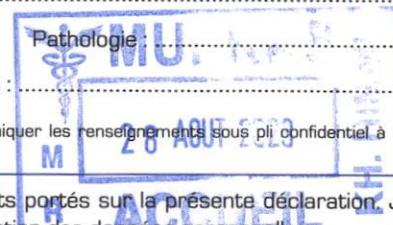
Nature de la maladie :

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 : 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 n° de la facture et le montant.
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalai...


| SOINS DENTAIRES | Dents • Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|---------------------|---------------------|-------------|---------------------------|
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 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

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA
602 BD OUM EL RABIA EL OULFA
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

—

CASA

Le : 26/08/2023

FACTURE N° : 45141/23

| Qté | Désignation | Prix | TVA | Montant |
|--------------|-------------------------------|---------------|-----|---------|
| 1 | DOLIPRANE 500 MG X 16 CP EFFE | 15,80 | 7 | 15,80 |
| TVA 7%: 1.03 | | Total : 15,80 | | |

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUINZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

PHARMACIE NOUZHA
DIOURI AYADI Nouzha
602 Bd Oum Rabia - El Oulfa
Université de Bruxelles
Casablanca
Tél: 0522.90.17.15 - Casablanca
02.32.00.00.00

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA

602 BD OUM EL RABIA EL OULFA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

↓

CASA

Le : 14/08/2023

FACTURE N° : 45138/23

| Qté | Désignation | Prix | TVA | Montant |
|---------|--------------|-------|---------|---------|
| 1 | SOPHTAL 10ML | 18,50 | 7 | 18,50 |
| TVA 7%: | | 1.21 | Total : | |
| | | | 18,50 | |



Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DIX HUIT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS



E10146B00

70x32x32

Facon de 10 ml
goutte salicylique

COLLYRE

Sophtal 0,1%

Sophtal® 0,1%

LOT 230799

EXP 02 2025

PPV 18 50

COLLYRE
acide salicylique
Flacon de 10 ml

صوفتال® 0,1%
قطرات للعين
حمض الساليسيليك
قارورة من سعة 10 مل

SOPHTAL® 0,1% COLLYRE

Voie locale.
EN INSTILLATION OCULAIRE.
NE PAS INJECTER,
NE PAS AVALER.

INDICATIONS:

Iritations oculaires chroniques
non infectées.

COMPOSITION:

Acide salicylique.....0,100 g
Gluconate de chlorhexidine, chlorure
de sodium, acide borique, borax,
eau distillée de rose, eau purifiée.
Lire attentivement la notice avant
utilisation.

Tout flacon entamé doit être
utilisé dans les 15 jours. Notez en
clair la date d'ouverture sur l'emballage.

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

صوفتال 0,1% قطرات للعين

استخدام موضعي.
للتقطير في العين.
لا يحقن.
لابلاط.

دوعي الاستعمال :
تبيح مزمن للعين الغير مصابة بالعدوى.

التركيبة :
حمض الساليسيليك.....0,100 غرام
غلوكونات الكلوريديكيدين،

كلورور الصوديوم، حمض الوريك،
بورق، ماء الورد للتقطير، ماء مصفى.

اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال.
يجب استخدام أي قارورة مقتوية
خلال 15 يوماً، أكثرب بوضوح تاريخ
الفتح على العبوة.

يحفظ بعيداً عن مرآي ومتناول الأطفال.

سوطلا
SOTHÉMA

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

04/20

Sophtal® 0,1%

COLLYRE
acide salicylique
Flacon de 10 ml

07