

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 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



Déclaration de Maladie

M22- N° 002559

176050

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1967 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMOR TIJANI Jamila

Date de naissance :

Adresse : Rabatville

Tél. : 0659882467 Total des frais engagés : 7570 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 Pournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/23	75,70
INPE: 92044841		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

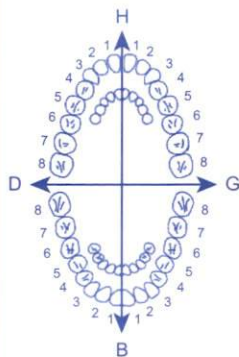
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

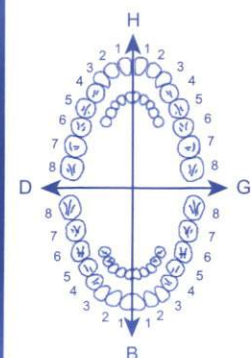
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION




Pharmacie NARJIS
SKALLI ZAKIA
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :579201
Date : 25/08/2023

Client :
MM AMOR TIJANI JAMILA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ZALERG COLLYRE	1	75.70	75.70
			

Total TTC = 75.70

Arrétée La Présente Facture à La Somme De : SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS 70 CTS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380



Zalerg 0,25 mg/ml
زالرغ 0,25 مغ/مل

E1210C5MCO/X0920

Date de première ouverture
تاريخ الفتح لأول مرة

زالرغ 0,25 مغ/مل

AR محلول قطرات للعين

قارورة ذات 5 مل

(على الأقل 150 قطرة)

التركيبية:

كيتوتيفين: 0,25 مغ

في شكل هيدروجينول

فومارات كيتوتيفين: 0,345 مغ

بالنسبة للملتر الواحد.

قائمة المضافات:

غليسرول - هيدروكسيد الصوديوم (تعديل

pH) - ماء للمستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين

إطلع على النشرة قبل الاستعمال.

يترك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال.

مدة الصلاحية بعد أول فتح: 3 أشهر

المنتج:

فارميفال - تينا فارموسيتيكي س. ب. أ

فيا أنريكو فيرمي، 50

20019 ستيموميلانيز - إيطاليا

Zalerg®

0,25 mg/ml

Collyre en solution

Kétotifène

5 ml

زالرغ

0,25 مغ/مل

محلول قطرات للعين

كيتوتيفين

5 مل

Zalerg 0,25 mg/ml

FR Collyre en solution

Flacon de 5 ml

(au minimum 150 gouttes)

Composition:

Kétotifène.....0,250 mg

Sous forme d'hydrogénofumarate

de kétotifène.....0,345 mg

Pour 1 ml

Liste des excipients:

Glycéril, hydroxyde de sodium

(ajustement du pH), eau pour

préparations injectables

VOIE OPHTHALMIQUE

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA

PORTÉE DES ENFANTS.

Durée de conservation après la

première ouverture: 3 mois

Fabricant:

FARMILA THEA FARMACEUTICI SpA

Via Enrico Fermi, 50

20019 SETTIMO MILANESE (MI)

ITALIE



Soyez prudent

Ne pas conduire

sans avoir lu la notice

MA

Enreg. MA: 249/2020 DMP/21/NRQd

Théa



6118001102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - 150 gouttes

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable: Amna DAOUJI

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا تبتلع - لا تحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE II - Uniquement sur ordonnance

قائمة 2 - إلا بوصفة طبية

249/2020 DMP/21/NRQd رقم التسجيل بالمغرب

Sans

conservateur

بدون مادة حافظة

Fust. 1449

20

EXP 01/2024
Fab 01/2022
Lot 276927

12, rue Louis Blanc - 63017 CLERMONT-FERRAND
Cedex 2 - FRANCE
Titulaire: LABORATOIRES THEA



Rhinofebral

x Levofloxacin

x Gentles ZALERG