

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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

W21-843935

10/07/26

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11360

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMRANI HANANE

Date de naissance :

10/01/1972

Adresse :

EL JINANE 01 N 52 AIN L'HAKER MY YAACOUB
fès

Tél. : 0 666 290 176

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. PHALLIL SALIMA (EP. Arroud)
Assistante médicale
Professeur d'Ophtalmologie
GSM : 06.61.48.04.19 Tél : 05.35.64.01.10

Cachet du médecin :

24.12.2023
BENIHEQROUN KARINI Amina

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection canalaire

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-843935

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

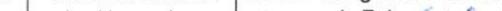
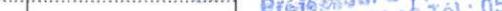
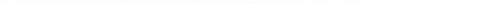
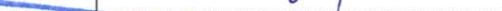
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

8

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
27/12/23 5			300DH	                                    

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE: 142020767	27.12.23	327,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte Phaco émulsification
Strabisme
Chirurgie Cornéenne - Kératocône - Lentille
Chirurgie réfractive lasik - Implants
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie
Centre d'exploration - Pentacam



Cabinet d'Ophtalmologie
Bhallil Salima

أستاذة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
الحول. جراحة "الجلالة". فخص شبكيّة العين
التصوير الرقمي للأوعية، الليزر
تصحيح البصر بالليزر

اكوغرافيا

JIN :
XP :
16552
07/2025

PPC: 99 DH

mercredi 27 décembre 2023

Mr BENCHEQROUN KARIMI Ahmed

MAGMARIN

1 cp / j pd. 1 mois

NAABAK

2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

OCULARIM pan

1 goutte x 4 / jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

INPE : 142020767

الدكتورة سليماء البهاليل (ح. عرود)
Docteur BHALLIL SALIMA (Ep. Arroud)
أستاذة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
الحول. جراحة "الجلالة". فخص شبكيّة العين
التصوير الرقمي للأوعية، الليزر
تصحيح البصر بالليزر
GSM : 06.61.48.04.19 Tél : 05.35.64.01




Penta Arzneimittel GmbH
Werksstraße 3
92551 Stuulln
Germany

Distributeur au Maroc:
NourPharmed SARL
7, Av. Imam Ali, N4
30000 (Fes)
Maroc



10 ml e

Collyre
Hyaluronate de sodium à 0,15 %
Dexpanthenol 2 %

- Pour une meilleure hydratation, soulagement et soin des yeux secs
- Sans agent conservateur
- Compatible avec les lentilles de contact

6 118002 060039



STERILE A

CE 0483



2306349BP-05



Composition :

Hyaluronate de sodium 0,15 %,
dexpanthenol 2 %,
chlorure de sodium, citrate de
sodium, acide citrique, de l'eau
pour préparations injectables.

Application :

Collyre à usage ophtalmique externe exclusivement.
Ne pas utiliser si le flacon ou l'anneau scellé sont endommagés.
Ne plus utiliser Oculararm Pan OSD, au-delà de la date de péremption.
A utiliser jusqu'à 12 mois après ouverture.
Température de stockage 2°C - 25°C
Ne pas congerler.
Refermez le flacon avec le capuchon après emploi.
Tenir à l'abri de la lumière, dans l'emballage en carton d'origine.

Pour les indications, le mode d'emploi et les précautions d'emploi, se reporter à la notice.

OUVERT le : / /


NOUR PHARMED

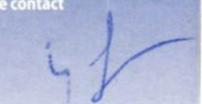
21069004



10 ml e

Collyre
Hyaluronate de sodium à 0,15 %
Dexpanthenol 2 %

- Pour une meilleure hydratation, soulagement et soin des yeux secs
- Sans agent conservateur
- Compatible avec les lentilles de contact




NOUR PHARMED

