

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Nº P19- 0037553

ND-29157

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **50047**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OKACHA**

KEBIR

Date de naissance : **1934**

Adresse : **OULED AZZOUIZ Bloc 06 NR 35 OULFA Casablanca**

Tél. : **0522 0130 87**

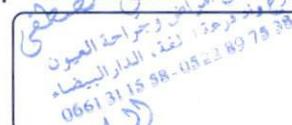
Total des frais engagés

331,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03 JUIN 2020**

Nom et prénom du malade : **BADRE Zahrat** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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

Nº P19-037553

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		200.00	أخصاص (R) 51 شارع 33 العيون الدارالبيضاء 10600 الهاتف: 0522 39 75 38 fax: 0522 39 75 38 العنوان: 58-0522 39 75 38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AÏSSA Lot. 1 Unité 6 Oulad Azoua Casablanca - Tel: 05 22 65 96 00	03/06/2010	131.80

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	D 00000000 00000000 B 11433553	G	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببناسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : ١٣ JUIN ٢٠٢٠

29,40

BADRE Zahra

1) chibroca dren

(5) ٣٩٣ = ٣١٥٠ د.م

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot. 1 Unité 6 Ouled Azouz
Casablanca Tel: 05 22 65 85 08

44,40

2) ceflувise gel of

(5)

٣٩٣

3) Endocollfe

131,80

د. مارولاني مصطفى
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
51 شارع واد درعة الالفة، الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 89 75 38
066 21 15 58 / 06 63 73 04 95

(5)

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الالفية - الدار البيضاء

54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38

GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 • E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

**NOTICE :
INFORMATION DE L'UTILISATEUR**



ALLERGAN

CELLUVISC®

4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose

Carmellose sodique

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament important pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

INDOCOLLYRE 0,1%

ZENITH PHARMA
PPV : 58.00 DHS
AMM N° 270 DMP/2108

عيار/ LOT H4882
نارنج الاشباح/ FAB 06-2018
نارنج الاشباح/ EXP 11-2020

1 UIMISC® 4mg/0.4ml

Cultivo en recipiente unidose



6118001 030095

PPM·MDHAD

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

collire en solution

5. COMMENT CONSERVER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

SUBSTITUT LACRYMAL

Ce médicament est utilisé pour soulager les picnies d'irritation liés à la sécheresse de l'œil (quand il existe une