

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

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 : 1332 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ou AMMADINE NAJIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664655615 Total des frais engagés : 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 : NAJIB

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 P19-051832**

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 :

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.



Déclaration de maladie

N° W19-449078

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18 32

Société :

AGADIR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUHAMADINE NAJIB

Date de naissance : 19 57

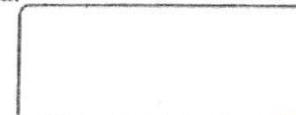
Adresse : AV. 14 AOUT CITE. HASSANIE 55 ENZGAUE

Tél. : 06 64 65 56 15

Total des frais engagés : 10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 03 2020

Nom et prénom du malade : OUHAMADINE NAJIB Age :

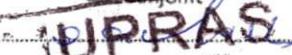
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affectation



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'adjudicataire de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : FUZCOUE

Le : 09 MARS 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-449078

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 18 32

Nom de l'adhérent :

Total des fra

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9 MARS 2020	des yeux 2020	62	210,00	INP : 1234567890 Optimal Rue Aglou, H INEZG tél: 05 28

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA PLACE 1, Rue des Ecoles - MEZGANE Tél: 05 28 83 25 10	09/03/2020	254,70

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 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 date 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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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 PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td></tr> </table>		H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	11433553	35533411	00000000	B	00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552															
25533412	00000000															
00000000	00000000															
D	11433553															
35533411	00000000															
B	00000000															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 LE Y

DR. BOUSSAID ABDERRAHMAN

OPHTHALMOLOGISTE
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

5, Rue Aglou Cité Hassani (Taghzoute)
(face de la Municipalité) INEZGANE
Tél.: 05 28 83 45 40



الدكتور بوعصي عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

رقم 5 زنقة أكلو الحي الحسني تغزوت
(أمام قصر البلدية) إنزكان
الهاتف: 05 28 83 45 40

الموحمول: 06 61 06 11 66

09 MARS 2020

Inezgane, Le إنزكان في

M. DR. ABDERRAHMAN NAFIB

Contrôle a眼神 28/3
1 pell le ur  x 3 m

T=26.4, flx 10°, eye 2, eye 1, + 1 mos

PHARMACIE DE LA PLACE
3, Rue des Ecoles - INEZGANE
Tél: 05 28 83 25 10

Dr. BOUSSAID Abderrahman
Ophtalmologue
5, Rue Aglou, Hay Hassani
INEZGANE
Tél: 05 28 83 45 40

COMPOSITION: Chlorhydrate de cartéolol : 2 g
Excipients: solution de chlorure de benzalkonium, acide alginique (E 400), phosphate monosodique dihydraté (E 339), phosphate disodique dodecahydraté (E 339), chlorure de sodium, hydroxyde de sodium (qs pH), eau purifiée qsp 100 ml.

Excipient à effet notoire : chlorure de benzalkonium

التركيب: كلور هيدرات الكارتيلول 2%

السوائل: محلول كلورور البيريز الكوكنيوم، حمض الجينيك (E400)، فسفات

الباليتات المائية (E339)، كلورور الصوديوم ثانوي

على الوجه (E339)، كلورور الصوديوم، فينوكسيد الصوديوم (كمية

كافحة الوجه المحمضة)، ماء مفعول كوك 100 مل.

سوائل ذات تأثير ملطف: كلورور البيريز الكوكنيوم.

فوارق سعة 3 مل (75 قطرة). / بصرف بمحظ وصلبة طبية /
Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا المقادير المحددة

voie locale / للاستعمال الموضعي

قطط في العين / En instillation oculaire

Medicament autorise n°: 340009 357 895 2 5

D.E Algérie n°: 096/17/147/07

AMM Tunisie n°: 528 3024

Titulaire/Détenteur de la D.E: صاحب مقر التسجيل

Laboratoire CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - 34000 MONTPELLIER - France

Fabricant / المصنعة: Laboratoire CHAUVIN

Z.I. Ripotier Haut - 07200 AUBENAS - France

NE PAS INGÉRER / للاستهلاك

NE PAS AVALLER

Cartéol L.P. 2%



INSTRUCTIONS, POSLOGIE ET MISE EN GARDE
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Après plusieurs heures de la portée et de la vue des yeux, un délai de 24 heures.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Après plusieurs heures de la portée et de la vue des yeux, un délai de 24 heures.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Après plusieurs heures de la portée et de la vue des yeux, un délai de 24 heures.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Cartéol® L.P. 2%

كارتيول ت.م 2%

Chlorhydrate de cartéolol /
Collyre à libération prolongée 2 g/100 ml /
قطرات للعين للتثبيط المددة 2 غ/100 مل /

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

EXPI./效期: 09-2018
ZENTH PHARMA
PPV: 84 90 DHC
AMN. n°: 61/13 DMP/21/NRQ
LOT/批号: H3728
ZABB/产地: 中国
COLLIER 3 ml
CARTEOOL L.P. 2%

MAG126A02-11.10

Cartéol® L.P. 2%
Collyre à libération
prolongée