

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

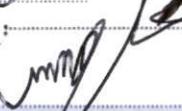
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-539728

44677 ANA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 846	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELKAÏD ALAOUI H 201			
Date de naissance : 28/01/73			
Adresse : 5 Rue YOUSRA M'DEN C/L Casablanca			
Tél. : 06 66 766 119		Total des frais engagés : 556,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Docteur Maryem LAMRANI OPHTHALMOLOGISTE 38, bd EL Massira El Khadra - Casablanca Date : 20/03/2020			
Date de consultation : 17/03/2020			
Nom et prénom du malade : BELKAÏD 2, Souad			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affections ophtalmologiques			
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 13/03/2020

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
17.12.2015	KS	1	352,00	Docteur MARDI LAMAR OPHTALMOLOGISTE 38, bd El Massia El Khadra Tunis : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr BENCHEKROUN Drs 83, Bd. Massira Al Khadra Tél: 05 22 23 79 28 - Casab	11/07/20	200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

RELEVÉ 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.

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
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6"118001"100958
GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41 00 DH

RIMA
DIAHAN
2000
53 N 54

الدكتورة مثيرم العَمَرا

مُحَصَّنةٌ فِي طِبٍ وَجَرَاحَةِ الْعَيْنَوْنِ خَرِيجَةٌ
Dr. Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôpital-Dieu de Paris

Casablanca, le 17

BELGHTI Spuad

Instiller dans l'œil droit,

4 goutte 2 fois par jour pendant 10 jours

1 goutte 4 fois par jour pendant 30 jours.

1 goutte 2 fois par jour pendant 60 jours

30% de la loterie de l'Ontario et 30% de la vente de billets de loterie dans l'Ontario sont reversés à la recherche sur la maladie de Parkinson. Cela représente 0,3% du budget de recherche sur la maladie de Parkinson au Canada.

BAUSCH + LOMB

1 ml contient:

PRINCIPES ACTIFS: Elobonate de loteprednol
5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)
EXCIPIENTS: Edétate disodique, glycérine, povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure de benzalkonium 0.01%.
Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium pouvant être ajouté pour ajuster le pH.

يحتوي كل مل على: مواد فعالة: إيتايونات اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)

و توبراميسين 3 مغ (60.3%)
السواغات: إيدبيات ثانى الصوديوم، غليسيرين،
بوفيدون، ماء مطهر، تيلوكاساپول، و كوريد
البنزيلكالكونيوم 0.01%. يكمل إضافة حمض
السوافلوريك و/أو هيدروكسيد الموديوم لتعديل
pH.

Excipient à effet notoire : Chlorure de benzalkonium.

Tableau A (Liste I) جدول أ (قائمة أ)

POSÉOLOGIE : Lire attentivement la notice intérieure.

أرجو التأكيد بقوّة
AVANT UTILISATION

AVANT UTILISATION **قبل الاستعمال** ترج الفارورة بقوه

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.
للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DH

— 1 —

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél : 05 22 84 28 46 et 05 22 94 28 47

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 100 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 94 29 46 / 47
Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47