

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.

Diagnostique 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

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 : N° P19- 0015233

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : JELOU 9065 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JELOU Mohamed Date de naissance : 22.09.65
Adresse : N° 46 Rue des SALINS OASIS CASAB
Tél. : 0661064692 Total des frais engagés : 3200,45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.06.2019
Nom et prénom du malade : LAHJAOUZI Hafid Age : 53
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Presbytie + Allergie
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 : CASA Le : 30.08.19
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
27/06/19	CS + TO		400,00	
	+ TO			


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

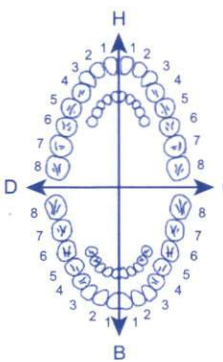
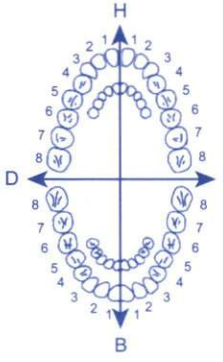
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/07/19					2800,00

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

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

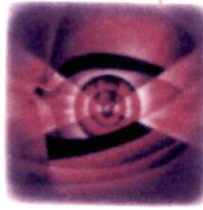
Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie
de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالاب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le 27/06/2019.

Mr. Lahyouszi Hefi

9070

1 OBTANOL

2x 2g 2m

2. Ph. Pom

1x 2g

31 Zyrtec

1x 5m

DR. LAMYAE BOURHALEB
Ophtalmologiste
N° 12 Casablanca
421, Bd. Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,
Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

421, Bd. Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 63 58 92 65

E-mail : bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 63 58 92 65

OPATANOL® 1 mg/mL, collyre en solution.

Olopatadine.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de cette maladie semblent identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet non mentionné dans cette notice. Voir section 4.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce qu'OPATANOL et dans quel cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser OPATANOL
3. Comment utiliser OPATANOL
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver OPATANOL
6. Contenu de l'emballage et autres informations



1

Qu'est-ce qu'OPATANOL et dans quel cas est-il utilisé

OPATANOL est utilisé pour le traitement des signes et symptômes des conjonctivites allergiques saisonnières.

Conjonctivite allergique. Des agents (allergènes) comme les pollens, la poussière de maison ou les poils d'animaux peuvent être à l'origine de

réactions allergiques se manifestant par des démangeaisons, des rougeurs et des gonflements de la surface de votre œil.

OPATANOL est un médicament pour le traitement des états allergiques oculaires. Il agit en réduisant l'intensité de la réaction allergique.

2

Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser OPATANOL

N'utilisez jamais OPATANOL

- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'olopatadine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).
- vous ne devez pas utiliser OPATANOL si vous allaitez.

d'attendre au moins 5 minutes entre chaque instillation. Les pommades ophtalmiques doivent être administrées en dernier.

Grossesse, allaitement et fertilité

Si vous êtes enceinte ou allaitante, si vous pensez être enceinte, ou si

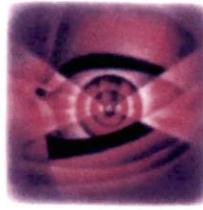
Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie
de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالِب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس .

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

421, Bd Abdelmoumen - Tél: 0522 86 54 29
N° 12 Casablanca
Ophtalmologiste
Dr. Lamyae BOURHALEB

Hafite Hanaoui

Stas 112 anti-reflet anti-lumière
Stas

an + 1.75 (-0.50 à 3°)
v + 1.75 (-0.50 à 15°) K



421, Bd Abdelmoumen - Tél: 0522 86 54 29
N° 12 Casablanca
Ophtalmologiste
Dr. Lamyae BOURHALEB

421, Bd. Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 63 58 92 65

E-mail : bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 63 58 92 65

AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

N° 008422



Docteur : LAM YAE BOURHALEB

Mr. : LAH JAOUZI HAFIDA

Nomenclature :

Montures : $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL} \\ \text{VP} \end{array} \right.$ *optique* 600,00

Type de verres : *org unique AR*

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : Cyl : Sph : *05 22 21 52 03*

OG : Axe : Cyl : Sph : *05 22 21 52 03*

* VISION DE PRES :

OD : Axe : *30°* Cyl : *0.50* Sph : *4.175* 1100,00

OG : Axe : *155°* Cyl : *0.50* Sph : *4.175* 1100,00

Add :

= 2800,00

Total : *Deux Mille Huit cent dh*

Date : *11 / 07 / 2019*