

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

ditions 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.

rmacie :

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.

aire :

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.

die 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 676 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUARDIGHI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0670 93 05 96 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 :

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) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

Vedmežová et al. / *Neurokinin-3 Receptor*

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VOLET ADHERENT		NOM : <i>Elouandyli Had</i>	Mle <i>676</i>
DECLARATION N°		W18-399274	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<i>08/10/2019</i>	<i>1412,00</i>		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

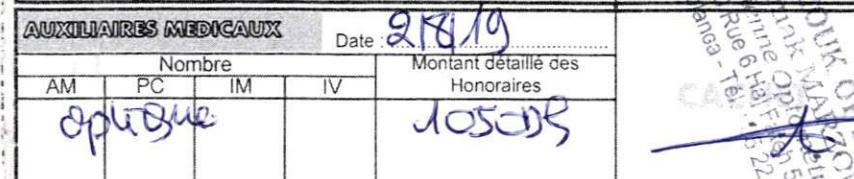


W18-399274

DATE DE DÉPÔT

1201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	676						
Nom & Prénom		ELOUARD Djemil (Aboumed)							
Fonction		Phones	06.70.93.05.26						
Mail									
MEDECIN	Prénom du patient								
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>	Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	1948	Date	29 JUIL. 2019
Nature de la maladie								Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances									
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires					
		G2		250,00					
PHARMACIE		Date		04 Octo 2019					
Montant de la facture									
112,00 D4									
ICE: 000489360000038									
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date							
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires							



CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAIBI H. Karim

MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX

ANGIOGRAPHIE - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de BORDEAUX
Ancien Attaché des Hôpitaux de BORDEAUX
Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTALMOLOGIE
Membre de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبى ح. كريم

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا

جراح سابقاً بمستشفيات بوردو

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

CASABLANCA, LE

29 JUIL. 2019

Boudali

SARAH

57,90



5.1

W

Forme BAK

5.1

W



Dr CHRAIBI H. Karim
Chirurgien Ophtalmologiste

Angle Rue d'Azemour et Bd Sidi
Abderrahim Haj Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 90 47 50 - Fax: 05 22 91 56 02

04 Octo 2019

TOTAL

112,00 DZ

IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGLE Bd. Sidi Abderrahmane ET ROUTE D'AZEMOUR, ENTRÉE B
2^{ÈME} ÉTAGE App. N°1 - 20230 CASABLANCA - TÉL. : 0522 90 47 50 / 0684 749 749
TÉL./FAX : 0522 91 56 02 - E-MAIL : CABINET@KARIMCHRAIBI.H.COM

CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAIBI H. Karim

MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX

ANGIOGRAPHIE - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

الدكتور الشرايبى ح. كريم

اختصاصي في طب وجراحة العيون

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de BORDEAUX

Ancien Attaché des Hôpitaux de BORDEAUX

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'AMERICAN ACADEMY of Ophthalmology

خريج جامعة بوردو II بفرنسا

جراح سابقاً بمستشفيات بوردو

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

ACHOURI H. KARIM OPTIQUE
Opticienne Optométriste
N° 40 Rue El Eteh 5 Oulfa
Casablanca - Tel. : 05 22 90 00 42

CASABLANCA, LE

29 JUIL. 2019

Boudali Sanaa

Sens Pectenus Wlala

OD (90-050) - 2,50

Ol (85-050) - 0,50

Sens Pectenus Wlala

ADD + 300

IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGLE Bd. Sidi Abderrahmane ET ROUTE D'ATEMOUR, ENTRÉE B

2^{ÈME} ÉTAGE Appr. N°1 - 20230 CASABLANCA - TÉL. : 0522 90 47 90 / 0684 749 749

TÉL./FAX : 0522 91 56 02 E-MAIL : CABINET@KARIMCHRAIBI.COM

Dr. H. KARIM CHRAIBI Opticien Optométriste
Boulevard Sidi Abderrahmane et Avenue d'Attemour Casablanca 20230
Téléphone : 0522 90 47 90 / 0684 749 749
Tél./Fax : 0522 91 56 02 E-mail : CABINET@KARIMCHRAIBI.COM

l'insuffisance lacrymale le nécessitent.
1 ml de collyre contient 31 gouttes.

Mode d'administration

Vue ophtalmique.

Pour une bonne utilisation du collyre, certaines précautions doivent être prises :

- Se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'application,
- Eviter le contact de l'embout avec l'œil ou les paupières.

Instiller une goutte de collyre dans le cul de sac conjonctival, en tirant légèrement la paupière inférieure et en regardant vers le haut.

Le temps d'apparition d'une goutte est plus long qu'avec un flacon de collyre classique.

Rebouchez le flacon après utilisation.

Fréquence d'administration

Repartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, LARMABAK 0,9 %, collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

- Possibilité de légères irritations

Veuillez lire
cette

médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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 un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

EST-CE QUE LARMABAK 0,9 %

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

MARZOUK OPTIQUE

N40 Rue 6, Haj Fatah -- Casablanca
Tel : 05 22 90 00 42



095007910

DATE : 02/08/2019

FACTURE 172

CLIENT : BOUDALI SAADIA

N de nomenclature correspondante a la prescription

OD : 407

OG : 407

DESIGNATION		PRIX TTC
Verre 1D	organique 1,5 antireflet jafen lens	250,00
Verre 1G	organique 1,5 antireflet jafen lens	250,00
Monture 1	optique	400,00
Verre 2D	organique 1,5 blanc	75,00
Verre 2G	organique 1,5 blanc	75,00
Monture 2		

TOTAL TTC 1050,00
TOTAL HT 875,00
TVA 175,00

MARZOUK OPTIQUE
Auj. Haj Fatah MARZOUK
Opticien Optométristes
N° 40 Rue 6
Casablanca
Tel : 05 22 90 00 42

Arrêtée la présente facture a la somme de mille cinquante dirhams