

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 orthopédique; 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1624

Société :

AKRAN

ABDELNATI'D

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

LOT LA NOUVE NR 469
CASABLANCA

Tél. :

0522939294

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/10/2019

Nom et prénom du malade : AKRAN ABDELNATI'D Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Comptine

Enfan

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

CAF

Signature de l'adhérent(e) :

EZT

Le : 05/11/2019



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 INP : 090061862 |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/04/2015 | Dr Cheikh Khamis Zaid | | 300 DH | Université de Tunis - Sfax Médecin Radiologue 090061862 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| Dr BENHADIA KAIM | 30 | 179 |
| Pharmacie Dar Assalam | 70 | |
| 32 Open Casablanca | 79 | |
| Oulfa | | |
| Tél : 05 22 93 22 31 | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | (8) |
| | | | | | | 11 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 les factures de fournisseurs.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | 21433552 |
|----------|----------|
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| D | G |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 30/10/2019

Hôpital Universitaire International Chérif Khadra
Dr. BAIJOU Samir
Médecin en chef
Chirurgien orthopédiste
Mr. Afraim Abo Elmagid

9070

2) Opacanol collyre. 15g
Spatule x 215 pdt 02 mois

~~Chlorox~~

2) Cephalee

1 goutte x 315 pelt 03 mai

7957
Serial
Assalam
Abdine
93 22 31
KARM

A blue ink stamp on a white background. The stamp contains a barcode at the bottom left, followed by the text "Dr. BAHIAK Salma" in large letters, "Medecin resident" below it, and "Paris, France" at the bottom right.

Dr BENHADIA KARIM
Pharmacien
32 Opéra - Dar Assalam
Ouifa - Casablanca
Tél : 06 22 93 22 37

**NOTICE :
INFORMATION DE L'UTILISATEUR**



CELLUVISC®

**4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose
Carmellose sodique**

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser les informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, veuillez le faire savoir à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, contactez votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre pharmacien.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez le faire savoir à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE SUR LE COLLYRE EN RÉCIPIENT UNIDOSE ?
 3. COMMENT UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
 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 ?

SUBSTITUT LACRYMAL

Ce médicament est utilisé pour soulager les signes d'irritation et d'insuffisance de larmes.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE SUR LE COLLYRE EN RÉCIPIENT UNIDOSE ?

N'utilisez jamais CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la carmellose sodique ou à l'un des autres composants contenus dans CELLUVISC.

Faites attention avec CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :

En cas de persistance des symptômes, CONSULTEZ UN OPHTALMOLOGISTE afin qu'il adapte votre traitement.

Ce collyre est présenté en unidose à usage unique et ne contient pas de conservateur. Il existe donc un risque de rapide contamination bactérienne.

Evitez de toucher l'œil ou toute autre surface avec l'embout de l'unidose.

L'unidose doit être jetée immédiatement après usage et ne doit pas être

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

6 118001 070442

xiste une

Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

407252

: 4

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 30/10/2019

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr BAIJOUK Salma
Médecin résident
Akram Abdellah Taieb
060061662

Monture + Verres correcteurs pour :

→ Vision de loin

OD : - 0,25 (-0,50 à 55°)

OG : +0,50 (-0,50 à 40°)

→ Vision de près

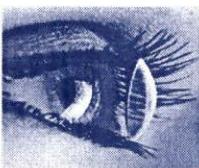
Add : +3,50 en OOG.



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr BAIJOUK Salma
Médecin résident
060061662

OPTIQUE RHOUNAÎM

119 Bis Av. Reda Gudira
Djamâa - Casablanca
Tél. : 05 22 59 63 27



نظارات عونايم

119 مکرر شارع رضی اکدیرة
(النيل سابت) قرية الجماعة - البيضاء
الهاتف: 05 22 59 63 27

Nº ٠٥٩٦٥

Client :

ASHKAM ABDEL MESSI

Date : 04-11-2015

Docteur :

Nomenclature N : 102.123

VL. OD : cyl sph (-0,11 -) -1,0,11

OG : cyl sph (-0,11 -) 0,11 +0,11

VP. OD : cyl sph

+3,11

OG : cyl sph

+3,11

Verres :

VIA / 26-AK/1,16 : 2500,-

Monture :

/213/F.1 / 1000,-

TOTAL :

3100,-

OPTIQUE RHOUNAÎM
مکرر شارع رضی اکدیرة
النيل سابت - قرية الجماعة - البيضاء
الهاتف: 05 22 59 63 27

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 134 040 / 2019 du 30/10/2019

Nom patient : AKRAM ABDELMAJID

Entrée 30/10/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/10/2019

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| - Consultation d'ophtalmologie | 1,00 | | 300,00 Sous-Total | 300,00 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

| | | |
|---|--|---------------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | Total 300,00 |
| | | |

| Encaissements | | | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|--|--|--|----------------|--------|
| | | | | | | | 300,00 |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: cheikh.khalifa@ain.men.ma
N°INP 090061862