

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-511545

ND: 333 55

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11980	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMAHZOUNE FEDOUA			
Date de naissance : 10.11.1979			
Adresse : IMM 47 APP 9 rue Ahmed EL KAdmiri CASABLANCA			
Tél. : 066 138 8915	Total des frais engagés : 15, Rue Kadi	Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/05/2010			
Nom et prénom du malade : FRÉ. Oji fai			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire			
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 : *A* Le : 06/05/2010

Signature de l'adhérent(e) : *A*

### 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.

### 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
06/05/2010	Ca	1	300.00	INP : 091113316



### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou Fournisseur <b>PHARMACIE LOPEZ</b> 15, Rue Marrakechi - Q. Lopez Bourgogne - CASABLANCA Tél: 0522 39 93 70	Date 06/05/2010	Montant de la Facture 112,00
--	--------------------	---------------------------------

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

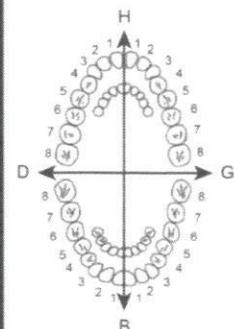
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

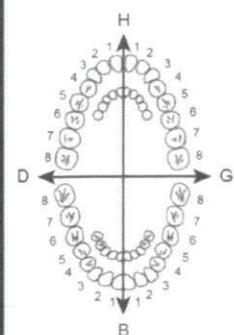
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

**Dr. Nezha MIYARA**

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

**الدكتورة ميارا نزهة**

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة حول - العدسات اللاصقة

mercredi 06 mai 2020

Casablanca, le .....

FREIDJI Jad

54110

Larmaback :



1 goutte 3 fois par jour aux deux yeux pendant 1 mois

57.90

Cromaback :



1 goutte 2 fois par jour aux deux yeux pdt 1 mois

112100

**ARMADA LOPEZ**  
Q. Lopez  
Rue Marrakouchi - CASABLANCA  
Bourgogne - 30 Bourgogne - CASABLANCA  
Tel : 0522 39 93 70



**FR** **Cromabak 20 mg/ml**

Cromoglicate de sodium.....  
..... 20 mg/ml de solution

**Liste des excipients :**

Sorbitol, phosphate disodique  
dodécahydraté, phosphate  
monosodique dihydraté, eau pour  
préparations injectables.

**Indications d'utilisation :**

Ce collyre en solution est indiqué  
dans le traitement des symptômes  
de maladie de l'œil d'origine  
allergique (conjonctivite allergique).

**Voie ophtalmique.**

**TENIR HORS DE LA VUE  
ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

**Lire la notice avant utilisation.**

Conserver le flacon dans  
l'emballage extérieur, à l'abri de la  
lumière.

Le flacon ne doit pas être conservé  
au delà de 8 semaines après  
première ouverture.

Médicament non soumis à  
prescription médicale.

Médicament autorisé  
n° 3400934053061



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Date de première ouverture /  
تاریخ أول استعمال



**Posologie / Dosage :**  
**المقادير / الجرعات:**



**Théa**

# FR Larmabak 0,9 %

## Composition :

Chlorure de sodium..... 0,900 g  
Pour 100 ml de collyre.

## Liste des excipients :

Hydrogénophosphate de sodium  
dodécahydraté,  
dihydrogénophosphate de sodium  
dihydraté, eau pour préparations  
injectables.

VOIE OPHTALMIQUE.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE  
PORTÉE DES ENFANTS.

## Indications d'utilisation :

Ce médicament est préconisé pour soulager les symptômes d'irritation liés à la sécheresse oculaire (quand il existe une insuffisance de larmes).

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Ne pas conserver le flacon entamé au-delà de 8 semaines.

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Médicament non soumis à prescription médicale.

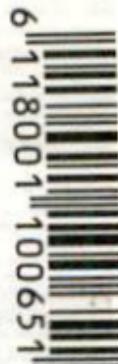
Médicament autorisé  
n°3400933817930

MA AMM Maroc n° :  
293/12 DMP/21/NRQ

Date de première ouverture /  
تاريخ فتح القارورة لأول مرة



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



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



Posologie :  
المقادير :-

Théa