

## 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 rééducation.
- 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 canaux, 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 canaux.

### 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 du Secret Médical et la protection des données personnelles. Les données sont traitées à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° W19-488681

ND: 34443

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 3073 Société: RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom: ES. SAHIL BRAHIM

Date de naissance: 07.07.53

Adresse: Residence ATTABAMOUN-RN09, n°15 El OUL FA - CASA

Tél: 0663 180781 Total des frais engagés: 3600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation: 22/07/2020

Nom et prénom du malade: GIBID Aicha

Lien de parenté: ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie: Lunettes (hypermetropie presbytie)

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 le: 23/7/2020

Signature de l'adhérent(e):

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Noms des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Placement des Actes
22/07/2020	CS	une consultation	250 DH	 <b>Docteur HANIZY RAJAA</b> <b>Ophthalmologue</b> <b>Tél: 05 22 65 71 03</b>
N°PC: 091184614				


## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SARANAZ</b> <b>S.A.R.L. - U</b> <b>140 Lot Sidi El Lissasfa</b> <b>Casablanca</b> <b>Tél/Fax: 05 22 65 20 07</b>	22/07/2020	150,00 INPE 092065091

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

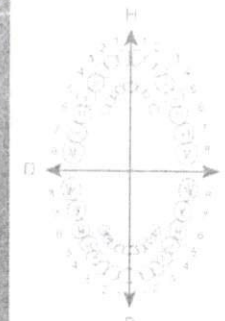
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

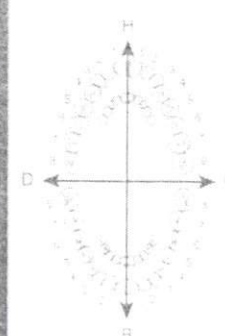
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <b>Optique Aigle</b> <b>Gr N P. 135 N 49 Quira</b> <b>Casablanca - R.C. 12783</b> <b>Tél: 05 22 65 22 93</b>	23/7/20					365,00

### 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	
25533412	21433551
20920000	00000000
G	
00050000	00000000
05533411	14433553
B	

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HAMZY RAJAA

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE ADULTE ET PEDIATRIQUE

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Diplôme Universitaire de Bordeaux - France



الدكتورة حمزي رجاء

أخصائية في طب وجراحة العيون للكبار والأطفال  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي من بوردو - فرنسا

Casablanca, le

22 JUL. 2020

الدار البيضاء

GIBBID AICHA

Lunettes pour VO

VL { OD, +1,75 (-0,25 & 95°)  
OG, +1,75

Add VP, +2,5

Antireflets / Antiray

Optique Vigne Vision 1  
OPTICIEN  
Gr N° 136 N° 49 Oulfa  
Casablanca R.C. 12783  
Tél : 05 22 65 71 03

Docteur HAMZY RAJAA  
Ophtalmologue  
Tél : 05 22 65 71 03

فرح السلام إقامة الحمد، عمارة د، الطابق 2، رقم 8، الألفة (الحي الحسن) قرب مسجد الأزهر، الدار البيضاء

Rond-point Farah Essalam, Résidence Al Hamd, Immeuble D, Appt 8, Oulfa (hay hassani) - Casablanca

Tél : 05 22 65 71 03 - Gsm : 06 60 54 52 51 - E-mail : hamzyophthalmo@gmail.com



# OPTIQUE AIGLE VISION

## OPTICIEN

GIHBID ATCH2  
CASABLANCA Le: 23/7/2020

**FACTURE N°:** 280/2020

Désignations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique		700.-
Verres progressifs organique		2500.-
Anti Reflet		
ob: (95° - 0,25) + 1,75		
ob: + 1,75		
Add: + 2,50 ODB		
	TOTAL	3200.-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille deux cents den

Optique Aigle Vision  
OPTICIEN  
Gr N Rue 136 N 49 Oulfa  
Casablanca - R.C 12783  
Tél: 05 22 93 22 99

Siège social : Rue 136 N° 49 GR"N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 -RC : 121783 ICE :000037852000085

# Docteur HAMZY RAJAA

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE ADULTE ET PEDIATRIQUE

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplôme Universitaire de Bordeaux - France



الدكتور حمزي رجاء

أخصائية في طب وجراحة العيون للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم جامعي من بورдо - فرنسا

Casablanca, le

22 JUL. 2020

الدار البيضاء

GIBRID AICHA

150,00

1/ hylocomas



Hamzy Rajaa

PHARMACIE SAPANAZ  
SAPANAZ  
140 Lot Sidi Abdou Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 70 07

Docteur HAMZY RAJAA  
Ophtalmologue  
Tél : 05 22 65 71 03

فرح السلام، إقامة الحمد، عمارة د، الطابق 2، رقم 8 الألفة (الحي الحسني) قرب مسجد الأزهر، الدار البيضاء

Rond-point Farah Essalam, Résidence Al Hamd, Immeuble D, Appt 8, Oulfa (hay hassani) - Casablanca

Tél : 05 22 65 71 03 - Gsm : 06 60 54 52 51 - E-mail : hamzyophthalmo@gmail.com



2022-06

LOT

296159

PPC:

1500H



## Libellé de la notice

**HYLO-COMOD®**

Hyaluronate de sodium 1 mg/ml

hydratation de la surface des yeux secs, ayant une sensation  
ayant une sensation de corps étrangers, en pré et post  
toire, pour les porteurs de lentilles de contact.

sans agents conservateurs

## et durée d'emploi:

être dosé individuellement selon vos besoins et la recommandation  
ologue ou spécialiste des lentilles de contact. Normalement, il convient  
d'instiller 1 goutte d'Hylo-COMOD®, 3 fois par jour, dans le sac conjonctival de chaque œil. En  
cas de troubles plus sévères, des applications plus fréquentes d'Hylo-COMOD® peuvent être  
effectuées selon besoin. Si vous utilisez Hylo-COMOD® très fréquemment (par ex. plus de  
10 fois par jour), veuillez consulter votre ophtalmologue.

Hylo-COMOD® est destiné à une utilisation de longue durée; toutefois, comme pour toutes  
les affections, en cas de maux persistants, il vous est recommandé de consulter votre  
ophtalmologue.



Retirez le capuchon de l'embout du flacon avant chaque utilisation.



Avant la première application d'Hylo-COMOD®, retournez le flacon et pressez  
le fond du flacon (comme indiqué sur le dessin ci-après) autant de fois que  
nécessaire pour faire sortir la première goutte de l'embout du flacon. Le flacon  
est alors prêt à l'emploi. Cette opération ne doit pas être répétée avant chaque  
utilisation.

Maintenez le flacon en position vertical, la point dirigée vers le bas et pressez  
rapidement et fermement sur le fond du flacon pour actionner le mécanisme  
qui délivre une goutte. En raison de la technique particulière du système  
COMOD®, la taille et la vitesse de la goutte sont toujours identiques même  
en exerçant une pression très forte sur le fond du flacon.



Penchez la tête légèrement en arrière, tirez délicatement la paupière inférieure  
vers le bas et appliquez une goutte dans le sac conjonctival inférieur selon  
le dessin. Fermez lentement les yeux pour que le liquide puisse se répartir  
uniformément sur la surface de l'œil.



Après l'emploi, refermez le flacon soigneusement et rapidement avec le  
capuchon. Lors de l'instillation, évitez tout contact entre l'embout du flacon et  
l'œil ou la peau du visage.