

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.

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.

N° W19-504811

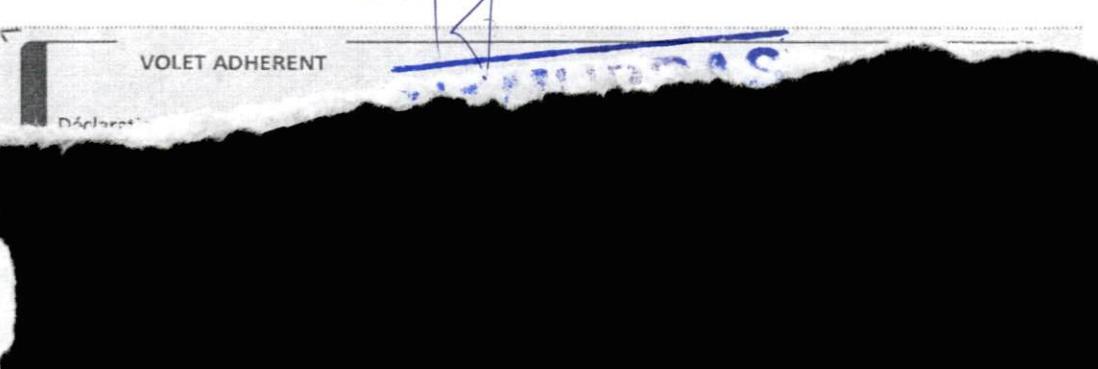
40784

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 8160 | Société : | 8160 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e). | <input type="checkbox"/> Autre : | SATI KARIM |
| Nom & Prénom : | | Rue 9 N° 91 HAY EL DURD OULFA | |
| Date de naissance : | | 27/07/1960 | |
| Adresse : | | Caser | |
| Tél. : | 06 61 53 29 95 | Total des frais engagés : | 546,00 Dhs |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr. NAYLA Karim Opitalnosoie Lot. Nassim Lot N°3 Route d'Azzemmour Tél. 0522-36-60-79 / 0643-08-22-55 | |
| MUPRAS | |
| Date de consultation : | 27/07/2020 |
| Nom et prénom du malade : | 21 SEP. 2020 |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Sechuisse |
| 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) : 



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/07/2020 | | | 2000 | INP: 014348827 Dr. NAYME Karim Ophthalmostologie Lot N°5 Route d'Azemmour Casablanca - Casablanca - Tel. 0522-36-80-79 / 0643-08-22-95 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL OUDI Dr. NAYME Karim Oued Jelou - El Oudi Tél. 0522-36-80-79 / 0643-08-22-95 | 07/07/2020 | 346,12 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| SOINS DENTAIRES | Devis Traitées | Soins | Coefficient DES TRAVAUX |
|--|--|-------|-------------------------|
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | H | Coefficient DES TRAVAUX |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS |
| | [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | G | DATE DU DEVIS |
| | | | DATE DE L'EXECUTION |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | |

Docteur Karim NAYME
Ophthalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux



Chirurgie de cataracte - Glaucome
Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône
Oeil et diabète
Adaptation en lentilles de contact
Pathologie vitréo-rétinienne
Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

الدكتور كريم النعيم
طبيب العيون
أمراض و جراحة العيون
جراحة الجلالة داء الزرق
تصحيح البصر بالليزر
إصابة العين بداء السكري
العدسات اللاصقة الطبية
أمراض السائل الزجاجي والشبكة
جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca Le 07 juillet 2020

Mme TBER LOUBNA

149,3
LUMIXA

LUMIXA P.P.C : 149Dh

1 goutte x 4, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

28/6/20
FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

12/10/20
NAVIBLEF: mousse pour les paupières

RIMA PHARMA
PVC : 120,00

1 massage des paupières le soir au coucher; coton + mousse, dans deux yeux, pendant 2 Mois

54/4/20
TOBRADEX POMMADÉ

1 app1 le soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

346,10/2
TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
3,5g PPV : 54,40 DHS
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP 21/ NRQ



6 118001 070602
69020-4

de RDV par téléphone

5, Bd Abdellahoui Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5, شارع عبد اللهوي بوطالب (طريق أزمور سابقا) حي النسيم البيضاء

📞 + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

✉ karim.nayme@gmail.com ⚡ Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

*Dr. NAYME Karim
ophtalmologie
5, Bd Abdellahoui Boutaleb (ex Rte d'Azemour)
5, شارع عبد اللهوي بوطالب (طريق أزمور سابقا) حي النسيم البيضاء
Casablanca - 79 / 0643-08-22-95*