

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-771248



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
 Matricole : 8754 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : EL HASSANI ABDELILAH

Nom & Prénom : 27-10-1965 Date de naissance :

Adresse : 6. RES. WARD APT 7 WAFA 2 OULFA CASA

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 241,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du Médecin : DR. SAIFAOUH NOUFI Ophtalmologiste Oum Rabii 1er Etage Oufa SABLANCA

Date de consultation : 19.12.2022 Nom et prénom du malade : EL HASSANI MOHAMED REDA Age : 16 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : CASABLANCA Le : 16.12.2022

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
12/11/22	CS		200,00	INP : NDE : 091247545 Dr SAIFA QUI Nora Ophtalmologue Sahli 1er Etage Cufafa NCA 05 35 6

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	12/11/22	41,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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 le bilan de l'ODF.																					
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
						Coefficient des travaux <input type="text"/>															
						Montants des soins <input type="text"/>															
						Début d'exécution <input type="text"/>															
						Fin d'exécution <input type="text"/>															
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficent des travaux <input type="text"/>															
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	00000000	35533411 11433553			Montants des soins <input type="text"/>	
		H	25533412	21433552																	
		D	00000000	00000000																	
		G																			
B		00000000	00000000																		
35533411 11433553																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																		
			Date de l'exécution <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

DI. NORA SAIFAOUI

Ophtalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot
Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France
Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



د. نورة الصيفاري

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس
دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريس
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة العجلة بالليزر
- تصحيح البصر
- أمراض الدموع وجراحة الجفن
- أمراض القرنية
- أمراض الشبكية
- الليزر

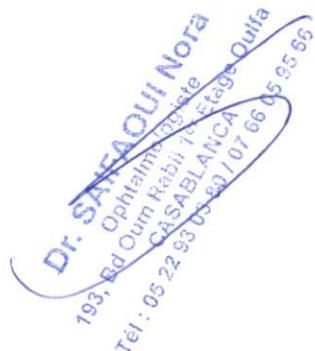
ORDONNANCE

Casablanca, le 12 novembre
2022

Mr. EL HASSANI Mohamed reda

GEL LARMES

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 10 jours



193، شارع أم الرياح (قرب ليديك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabia (à côté de Lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com

FR COMPOSITION :

Carbamère 974P 0,300 g
 Pour 100 g de gel ophthalmique
 Chlorure de benzalkonium, sorbitol, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Excipient à effet notable :

chlorure de benzalkonium (voir la notice pour plus d'information).

Titulaire

LA'ORATOIRES THEA
 12, rue Louis Blériot
 63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
 FRANCE

العنوان

مخابر ثينا
 12 شارع لويس بلريو
 63017 كليرمون فرانش سينك 2
 فرنسا

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

Après ouverture du tube, le produit ne doit pas être conservé plus de 4 semaines.

Voie ophthalmique.

Lire la notice avant utilisation.

INDICATIONS D'UTILISATION :
 Ce médicament est un gel ophthalmique.

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

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

Ne pas avaler.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Fabricant

FARMILA THEA FARMACEUTICI S.P.A.
 Via E.Fermi, 50
 20019 SETTIMO MILANESE (MI)
 ITALIE

المصنعة
 فارميلا- ثينا فارماسيوتتشي ش.ب.أ.
 فيبا E. فيرمي، 50
 20019 ستيثوم ميلانينز (م) إيطاليا
 (م) إيطاليا



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable:
 Mme Amina DAOUDI
 PPV : 41.00 DH



Théa