

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.

M23-004398

17/11/99

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8668 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAIFOURI ELHADI

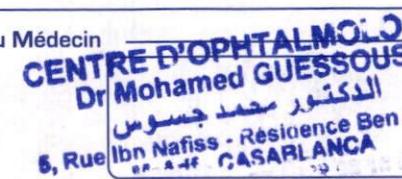
Date de naissance : 10.07.1968

Adresse : 16 Mr HAJ TILAI ELOUFIR MAARIF 02
CASA

Tél. : 06 67 21 10 21 Total des frais engagés : 300+99+ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10.07.2003

Nom et prénom du malade : TAIFOURI ELHADI Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le : 08/07/2003

Signature de l'adhérent(e) : elhadi

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
10 AOUT 2023	C2	6	350,00	Dr. Mohammed GUESOU Ophtalmologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA COULEUR Jean Marie Maillet 01 60 92 03 72 17</i>	<i>10 Avril 2022</i>	<i>99 00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/09/23					1000 Dhs

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch, likely upper, with teeth numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the midline and 8 at the periphery. Directional arrows indicate the following: a vertical arrow pointing upwards labeled 'H' at the top; a horizontal arrow pointing to the left labeled 'D' on the left; a horizontal arrow pointing to the right labeled 'G' on the right; and a vertical arrow pointing downwards labeled 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers inside, and the arch is shown in a perspective view.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

اختصاصي في أمراض و جراحه العيون
Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon (France).

Ancien attaché des Hôpitaux de Lyon (France).

Ancien attaché des Hôpitaux Militaires du Maroc.

Médecin Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Maladies et Microchirurgies des Yeux

Explorations oculaires - Lasers

Lentilles de contact - Chirurgie Réfractive

Casablanca le jeudi 10 août 2023

Mr TAIFOURI EL HADI Age : 55 ans

Mutuelle : MUPRAS

A. Prescription de Verres correcteurs et monture adaptée à l'écart pupillaire:

2 montures séparées - Traités Antireflet - Amincis - Blancs – Organiques

Vision de Loin :

* Oeil Droit : +0.25 (75° -0.25)

* Oeil Gauche : +0.25 (90° -0.25)

Vision de Près :

* Oeil Droit : Add+1.75

* Oeil Gauche : Add+1.75

B. Instiller aux deux Yeux :

Indocollyre 0.1%

1 goutte 3 fois par jour pendant 15 jours

Cornérégel ou Gellarmes

1 application le soir pendant 1 mois

5.80

4.100

99.00

PHARMACIE LA CLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 11 07 - RC: 2551
INPE: 092037217

TAK OPTIC
75 Bd. Bir Anzarane, Casablanca
INPE: 095014494

1.00

15
Dr. Mohammed GUESSOUS
Ophtalmologue

RESIDENCE BENOMAR
RUE IBNOU NAFISS PORTE ' B '
CASABLANCA-MAARIF.

TEL : 0522-99-44-77 et FAX : 0522-98-15-81.

Patente : n° 35709720 - I.C.E : 001637889000073 - C.N.S.S : n° 2700674

Facture**Facture N° :**

1053

Date :

2023-09-07

Client :TAIFOURI
ELHADI**TAK OPTIC**

73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif

Tel: 0522-256704

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VPD	+2.00	-0.25	75	
VPG	+2.00	-0.25	90	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTI REFLET	1	300.00	300.00
2	ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	300.00	300.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	400.00	400.00

TVA	20%	Total TVA	166.67
Total HT	833.33	Net à payer	1000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TAK OPTIC – 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif – 0522-256704 – visionexpress.casablanca@pubwebo.com
IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494

OPTIC
TAK OPTIC
73-75 Bd. Bir Anzarrane Maarif
Casablanca
INPE: 095014494



كريومير 0.300.....غ

ل 100 غ من قطرات لزجة العين.

كالوريد البنزالكولينيوم ، السوربيتول ،

هيدروكسيد الصوديوم ، الماء الملغص.

سواغ فو تايل معرف:

كالوريد البنزالكولينيوم (انظر شارة العبوة لمزيد

من المعلومات).

دوعي الاستطباب
يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25 + درجة مئوية.

لا يجب الاحتفاظ بالأنبوب أكثر من أربعة

أسابيع بعد فتحه.

يؤخذ هذا الدواء عن طريق العين.

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال.

يجب تناول الأطفال.

هذا الدواء قطرات لزجة العين.

يوصى به لتفتيح أعراض التهاب العين

(عد وجد نفس في كمية الدفع).

يحفظ بعيداً عن مرايا و متناول الأطفال.

لا يليغ دواء غير خاضع لوصفة طبية.

جيـل لـارـم،[®]

قطـرات لـزـجـة لـلـعـين

كريـومـير 974P

أنـبـوب يـحتـوي عـلـى 10g

Gel-larmes[®]

Gel ophtalmique

Carbamère 974P

Tube de 10g

FR COMPOSITION :

Carbamère 974P 0,300 g

Pour 100 g de gel ophtalmique

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).

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 ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.

INDICATIONS D'UTILISATION :

Ce médicament est un gel ophtalmique.

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.

Titulaire

LABORATOIRES THEA

12, rue Louis Blériot

63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2

FRANCE



GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

PPV : 41.00 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

**Fabricant**

FARMILA THEA FARMACEUTICI S.P.A.

Via E.Fermi, 50

20019 SETTIMO MILANESE (MI)

ITALIE

المنتج
فاميلا - تينا فارماستيتشي ش.ب.أ.
فيينا E فيرومي، 50
20019 - ستيتو ميلانيز (م.ي)

إيطاليا

Théa

الـعـالـك
مخـابـرـ تـيـبا
12 شـاعـرـ لوـيسـ بـلـيـوريـ
63017 كـلـيـمـونـ فـيلـ مـيـدـكـسـ 2
فـرـنسـا