

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

- Reclamation : 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.

M22- 0049408

Optique *189048* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1586* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BELYASMINA ABDALLAH*

Date de naissance : *11/02/52*

Adresse : *CASA GREEN TOWN VILLA 66 LA VILLE VERTE BOUSKOURA / CASA*

Tél. : *0665034436* Total des frais engagés : *82500* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *05 OCT 2003*

Nom et prénom du malade : *B E P Y A S M I N A 6 B D A P A H* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Hypertension*

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 : *09/11/2003*

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
05/07/23	Visites		300,00	OPH. OLOGISTE 511 Boulevard - Casablanca Tél: 05 22 52 25 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PICTA DENTISTE AZENNAR Ville Verte	05/07/23	525,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est	Important : Veuillez joindre le	SOINS DENTAUX	Coefficient

Titulaire/Exploitant/Détenteur de la DE :
Laboratoires THEA
12 rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
FRANCE

المالك/المستثمر/صاحب مقر التسجيل
Laboratoires Théa
مغار تينا 12
شارع لويس - بليز
63017 كليرمون - فرنسا 2

VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

6 118001 101092

Théa

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يبت لا يحقن
لتحريم التوقيع الموصوفة
LISTER I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - لا وصفة طبية

Le praticien est	Important : Veuillez joindre le	SOINS DENTAUX	Coefficient

Titulaire/Exploitant/Détenteur de la DE :
Laboratoires THEA
12 rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
FRANCE

المالك/المستثمر/صاحب مقر التسجيل
Laboratoires Théa
مغار تينا 12
شارع لويس - بليز
63017 كليرمون - فرنسا 2

VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

6 118001 101092

Théa

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يبت لا يحقن
لتحريم التوقيع الموصوفة
LISTER I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - لا وصفة طبية

Le praticien est	Important : Veuillez joindre le	SOINS DENTAUX	Coefficient

Titulaire/Exploitant/Détenteur de la DE :
Laboratoires THEA
12 rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
FRANCE

المالك/المستثمر/صاحب مقر التسجيل
Laboratoires Théa
مغار تينا 12
شارع لويس - بليز
63017 كليرمون - فرنسا 2

VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

6 118001 101092

Théa

VIRGAN
+ GROSSESSE
= DANGER
يجب تجنبه لدى المرأة الحامل في سن
الحمل و من دون استعماله وسائل ناجحة
للحفاظ على حياة الجنين
و لدى المرأة الحامل إلا في حالة عياب بديل
له
Ne pas utiliser chez l'adolescente ou
la femme en âge de procréer et sans
contraception efficace, et chez la
femme enceinte, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique.

Le praticien est	Important : Veuillez joindre le	SOINS DENTAUX	Coefficient

Titulaire/Exploitant/Détenteur de la DE :
Laboratoires THEA
12 rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
FRANCE

المالك/المستثمر/صاحب مقر التسجيل
Laboratoires Théa
مغار تينا 12
شارع لويس - بليز
63017 كليرمون - فرنسا 2

VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

6 118001 101092

CROSS[®]
Acide hyaluronique réticulé
CrossLinked Hyaluronic Acid

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
--	---

CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX
Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact



مركز طب وجراحة العيون

(النرجي) كاليفورنيا

الدكتورة حنان مزوز

(مختصة في الجراحة وجراحة العيون)

دبلوم وجراحة الجلالة و الليزر

وتقدير البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو

العدسات الصلبة والليثيوم

جراحة مجاري الدم

le jeudi 5 octobre 2023

Monsieur BELYASMINE Abdallah

dans l'oeil droit

- ISOTEARS Sérum physiologique unidose :

à utiliser refroidi

Lavage oculaire le matin à midi le soir 10 jours.

$140,00 \times 3 = 420$ - VIRGAN Gel 3 tubes

1 goutte le matin à midi le soir 7 jours

$105,00$

- CROSS collyre unidose :

1 goutte 4 fois par jour 10 jours :

Utiliser l'unidose ouverte pendant 24 heures 10 jours.

$T = 5251$

لا نغير تاريخ الفحص

Dr MAZZOUZ Hanane
OPHTHALMOLOGISTE
511 Bd Al Qods - Casablanca
Tél. 0522 522 25 26

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88 -

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 00164931700074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421