

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-444253

14103
EDS.VOM.ES



Maladie

Dentaire

Optique

ca

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 10327

Société : FAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Azzab

Date de naissance : 06/11/1924

Adresse : 3 rue la fakil Tarif el les fakil

CP : 20000

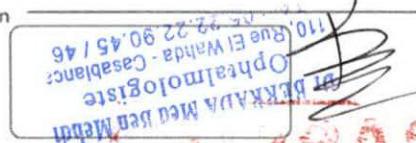
Tél. : 06 62 77 09 75

Total des frais engagés :

3 544,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 NOV. 2019

Nom et prénom du malade : Azzab MOHAMED

Age : 06/11/74

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

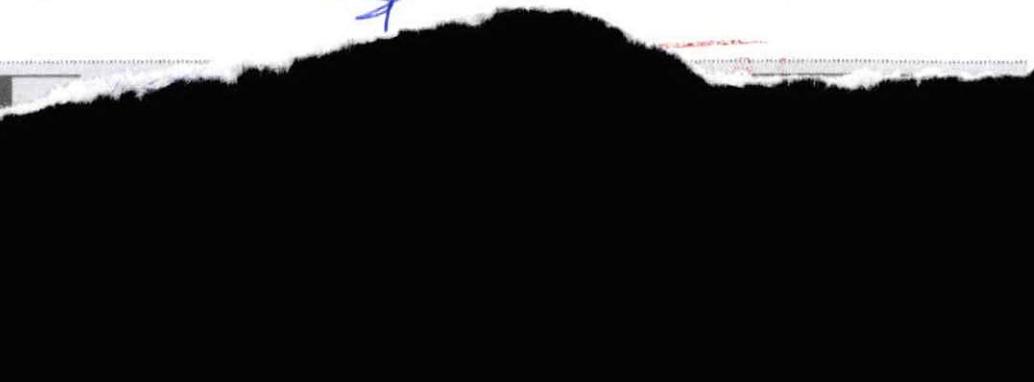
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 23 NOV. 2019

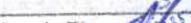
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23 NOV. 2019	23		250	INP : 144473180 110, Rue El Wazne - Sétif Ophthalmo-clinique Dr DERRADJI - Dr MELLEU

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>D. ZOLY, Pharmacien et F.H.S. L'Ange, Brest, 29200 Date: 23/11/93</p>	23/11/93	16,00

ANALYSES - RADIOPHOTOS

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

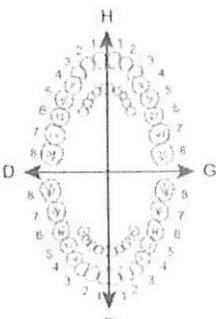
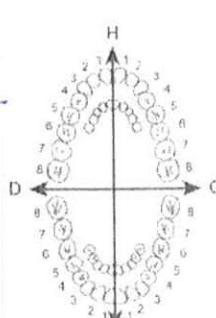
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veillez 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"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">01433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	01433553	D	00000000	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	01433553									
D	00000000									
B	11433553									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">01433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	01433553	D	00000000	B	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	01433553									
D	00000000									
B	11433553									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BERRADA Med Ben Mehdi

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIO-LASER DE LA RETINE.

LASER DE LA MYOPIE

LENTILLES DE CONTACT

Diplômé de la faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

sur Rendez-vous



الدكتور براادة محمد بن المهدى

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الشبكة بالأشعة الليزر

علاج قصر النظر بالليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي ببوردو

بالموعد

CASABLANCA, le 23 NOV. 2019

AZZAB Ishaq

74,00 Angio laser 1
1 gttre 2 28g 0,02 2 1m.

20,00 Correctif 1
1 gttre 2 28g 0,02 2 1m.

94,00

110. زنقة الوحدة، زاوية شارع رحال المskinي (جنب فندق واشنطن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 90 45 / 46

110, Rue El Wahda, Angle Bd Rahal El Meskini (Côté Hôtel Washington) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 90 45 / 46

Email : berradaoph@hotmail.fr

d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

L'efficacité d'un collyre peut être affectée par l'instillation simultanée d'un autre collyre. Dans ce cas, il convient d'attendre 15 minutes avant de pratiquer la deuxième instillation.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

e) GROSSESSE - ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

a) POSOLOGIE

Posologie usuelle.

2 gouttes de collyre par jour, pendant 15 jours, puis un jour sur deux.

b) MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie locale

EN INSTILLATION OCULAIRE.

Ne pas avaler, ne pas injecter.

Se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'instillation.

Eviter de toucher l'œil ou les paupières avec l'embout compte-gouttes

Instiller la solution dans l'œil en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas. L'œil fermé, essuyer proprement l'excédent.

Refermer le flacon après utilisation.

c) FREQUENCE ET MOMENT AUXQUELS LE MEDICAMENT DOIT ETRE ADMINISTRE

Après les 15 premiers jours de traitement, poursuivre les instillations oculaires au rythme d'un jour sur deux.

angio drop

Rougeur et Fatigue oculaires

Flacon de 15 ml.

Pour usage topique.

Description

Solution ophthalmique, stérile, hydratante et lubrifiante aux extraits naturels de mauve et de camomille.

Indications:

Rougeur et fatigue oculaires, port prolongé de lentilles de contact, insuffisance de larmes, exposition à un environnement enfumé ou déshydraté dû à l'air conditionné, sensation de sécheresse, sensation de corps étranger due à l'exposition au vent ou à la poussière, travail prolongé devant un écran.

Mode d'emploi:

- 2 à 3 gouttes plusieurs fois par jour dans chaque œil.

- Refermer soigneusement le flacon et le ranger à température ambiante (15-20°C) dans un endroit sec et à l'abri de la lumière.

Composition:

Extrait fluide de Mauve 1.0 g, EDTA disodique q.s. 100 ml.

Précautions d'en

- Le produit est stérile
- A utiliser dans les 6 mois sur le flacon.
- Ne pas utiliser après 35°C
- Tenir hors de portée des enfants

Conservation:

- Conserver à une température entre 2 et 30°C
- Conserver à l'abri de la lumière

35°C

2°C

Révision 31/12/18 STERILE A



NTC S.r.l. Via Luigi Razza, 3

20124 Milano; Italy.

Tel. +39 02 29419192, Fax +39 02 20401490.

info@ntcpharma2.com

STERILE A

Distributeur : Laboratoire DENSMORE,
7 rue de Millo - B.P. 486,
98012 Monaco.

www.densmore.mc
N° vert : 0800904940

Flacon de 15 ml

Flacon de 15 ml

NANG15F-N-16V1

Docteur BERRADA Med Ben Mehdi
SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
ANGIO-LASER DE LA RETINE
LASER DE LA MYOPIE
LENTILLES DE CONTACT
Diplômé de la faculté de Médecine de Bordeaux
Ancien Interne des Hôpitaux de France
Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux
sur Rendez-vous

الدكتور براادة محمد بن المهدى
اخصاصي في أمراض وجراحة العيون
علاج الشبكة بالأشعة الليزر
علاج قصر النظر بالليزر
العدسات اللاصقة
خريج كلية الطب ببوردو
طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
طبيب ملحق سابق بالمستشفي الجامعي ببوردو
بالموعد

CASABLANCA, le 23 NOV. 2019

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bel Aïn Tachfine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 32 GSM: 06 69 00 97 85

AZZAB Adhem

Verres correcteurs + monture

OD (15 - 1,2) - 0,50 ADD + 1,50
OG (17,5 - 0,75) - 0,50 ADD + 1,50

2 Loin - Prés
2 Progressifs
Double foyers
Deux paires L+P

Organiques - Minéraux
Photo : gray / brun
Antireflets multicouches
Amincis

*OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bel Aïn Tachfine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 32 GSM: 06 69 00 97 85*

*110, Rue El Wahda Casablanca
Tél: 05 22 22 30 45 / 46
Dr BERRADA Med Ben Mehdi
Opticien Optométriste*

OPTIQUE GHITA



نظارات غيثة

Opticien Spécialiste
 Bd Youssef Bno Tachfine Hakam 1
 N° 454 - El Hay Mohzmmedi - casa
 Tél : 06 69 00 97 85
 05 22 60 34 39
 Patente : 32825428

افتراضي في النظارات البصرية
 شارع يوسف بن تاشفين حكم 1
 رقم 454 - الحي المحمدى
 الهاتف 06 69 00 97 85
 05 22 60 34 39
 32825428
 الاتصال

0000623 095012357

Ordonnance de M.le Docteur : BERRADA Med Ben Mehdi

N°DE nomenclature	
Correspondant à la prescription.....	
LOIN	O.D : (10 ^o , 1,00) 0,50 O.G : (170 ^o , 0,75) 0,50
PRES	O.D : + 1,50 O.G : + 1,50
FOURNITURE	
1 Monture : optique	400,00 DH
2 Verres : Progressifs degamis. Pres	2800,00 DH
Etuis : Antireflets	
Total :	3200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de
 Casablanca , le

M.ou Mme : Azzarab Mohamed

29/11/1991
 Trois mille deux cent DH.

