

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043270

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9772 Société : MAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KADRI HASSANI Mohamed
Date de naissance : 8.1.1953
Adresse :
Tél. : 0667115241 Total des frais engagés : 2967,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soumaya CHEBIH HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafli Berrech
Tél. 0522 32 48 41
Date de consultation : 29 OCT 2019
Nom et prénom du malade : KADRI HASSANI Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Amétropie
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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Signature du médecin :
Date : 26 DEC 2019
ACCUSE

RELEVÉ 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
01 OCT 2019	g + FOLU		300.00	Dr. Soumaya CHEVRIER HASAN OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii B... chid Tél. 0522 32 40 4

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay El Houde BERRECHID Tél. 05 22 32 84 94	29/10/2019	167.30

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
		AM	PC	IM	IV	
PHARMACIE ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay El Houde BERRECHID Tél. 05 22 32 84 94	08/11/19					2500.00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Samaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف: 05 22 32 48 47

Berrechid, le

29/10/2019

Mr. KADRI HASSANI Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = Plan (- 0.75 à 85°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 140°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

1/ LATANOCOM

1goutte le soir, les deux yeux, les deux yeux

2/ ARTELAC COLLYRE

1 Goutte 3fois/jour, les deux yeux

PHARMACIE ARAFAI
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 04

PHARMACIE ARAFAI
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 04

PHARMACIE ARAFAI
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 04

Dr. Samaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47



NOUR OPTIC

Date : 20/08/11/18

Facture N° 0000661

Nom : KAS R. HASSANI Mohamed

Ordonnance du Docteur : CHEBIHI

NOUR OPTIQUE
Patente N°: 40712815 RC N°: 6224
ICE: 001979308000008 - I.F: 9244281
82, Rue Imam Malik Hay El Mouna - Berrechid - Gsm: 0670 05 32 64

D.F. { OD
OG

Prog { OD 85° - 0.75 PP
OG 140° - 0.25 + 0.50

V.L. { OD
OG

V.P. { OD
OG

Add { OD + 3.00
OG

	P.U.	P.T.
1 Monture PLASTIQUE		500 ^{DT}
2 Verres progressifs ORMA ANTIREFLET		1000 ^{DT} 1000 ^{DT}
TOTAL		2500 ^{DT}

Arrêté la somme à : Deux Mille cinq cent dls

Patente : 40712815 - R.C.: 6224

82, Rue Imam Malik Hay El Mouna - Berrechid - Gsm : 06 70 05 32 64

ment la notice
ons, adressez-vo

+ LOMB

C®

Hypromellose

Sch&Lomb GmbH

- Allemagne

ament :

ent 3,20 mg d'hypromellose.

ion se situe entre 7 et 11 mPa · s.

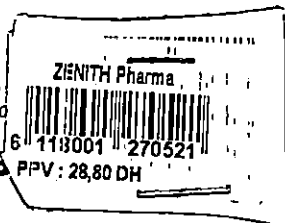
ophosphate de sodium dodécahydraté,
e de sodium dihydraté, sorbitol, édetate de
éparations injectables qsp 1 ml.

ue et contenu

te-gouttes de 10 ml de solution.

ntomatique du dessèchement de la cornée et
eil sec») dû à une déficience de la production
dysfonction lacrymale, suite à des affections
s ainsi qu'en cas de fermeture de la paupière
biète, ce qui peut s'exprimer par exemple par
e des yeux, de corps étranger dans l'oeil et de
en cas de vent, de chaleur et de fatigue.

pas utiliser Artelac® ?



Artelac® ne doit pas être utilisé e
de ses composants.

Grossesse et allaitement

Que devez-vous respecter pendant

Il n'y a aucune objection à l'utilisa
et l'allaitement car l'hypromellose
fait, pas de disponibilité de circul

Précautions particulières d'emp

Quelles précautions particulières

Le médicament instillé dans le
l'oeil occasionnant la formation
vision pendant quelques minute
machine ou la conduite automob
l'instillation oculaire.

Interactions médicamenteuses

Quels autres médicaments influe

être influencés par Artelac® dans

En cas de traitement concomi
pommade ophtalmique, l'effet
peut s'en trouver altéré car le
pénétration du médicament suiv
l'oeil par ce dernier. Pour cette
un délai de 15 minutes environ
préparations. Il est conseillé d
dernier lieu car il importe qu'il r
l'endroit d'instillation pour que
une longue durée.

Posologie et durée d'administr

Le tableau clinique de l'«oeil s
individuel. Si aucune posologi
instillez 1 goutte dans le cul-de-
5 fois par jour ou plus selon le b

Durée d'utilisation

L'utilisation s'effectue en règle g
termie ou une thérapie continue.