

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9272** Société : **MAP**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **KADRI HASSANI** Date de naissance : **8-1-1973**

Adresse :

Tél. : **066.711.52.41** Total des frais engagés : **2.967,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berlach
Tel. 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) :

MUPRAS
ACCUEIL
26 DEC. 2019

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
29 OCT 2019	Ophtalmologie		30000	Dr. Soumaya CHEBIH HASSAN OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii B - chd Tél. 0522 32 48 4

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ASHMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hédi Al Houce BERRECHID 02 32 84 04	29/10/2019	567.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	08/11/18					2500

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Berrechid, le

29/10/2019

Mr. KADRI HASSANI Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = Plan (- 0.75 à 85°)

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2 Rue ASSLAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 94

OG = + 0.50 (- 0.25 à 140°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

1/ LATANOCOM

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

28,80

2/ ARTELAC COLLYRE

1 Goutte 3fois/jour, les deux yeux

167,30

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2 Rue ASSLAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 94

Dr. S. Saya CHEBHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
Tél. 05 22 32 48 47



NOUR OPTIC

Date : Le 08/11/18

Facture N° 0000661

Nom : KADIR HASSANI Mohamed

Ordonnance du Docteur : CHEBIKI

		V.L.	$\left\{ \begin{array}{l} OD \\ OG \end{array} \right.$
D.F. $\left\{ \begin{array}{l} OD \\ OG \end{array} \right.$		V.P.	$\left\{ \begin{array}{l} OD \\ OG \end{array} \right.$
$\left\{ \begin{array}{l} OD 85^{\circ} 0.75 \\ OG 140^{\circ} 0.25 \end{array} \right.) + 0.50$		Add	$\left\{ \begin{array}{l} OD + 3.00 \\ OG \end{array} \right.$

		P.U.	P.T.
1	Monture PLASTIQUE		<u>500</u> ²⁷
2	Verres progressifs ORMA ANTIREFLET		<u>1000</u> ²⁴
		<u><u>TOTAL</u></u>	<u>2500</u> ²⁴

Arrêté la somme à :

Deux Millésime cent dhs

ATA

LATANOCOM

N° du Lot

Date Per.

VI[®]

(Lata)

PPV : 138 DH 50

olol)

50 microgrammes/ml et 5 mg/ml, Latanoprost/ Timolol, flacon collyre contenant 2.5 ml de solution.

l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour

vous pourriez avoir besoin de la relire.

questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les
sont identiques aux vôtres.
sirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à
otre pharmacien.

ette notice

OCOM[®] et dans quel cas est-il utilisé ?

informations à connaître avant d'utiliser LATANOCOM[®] ?

LATANOCOM[®] ?

indésirables éventuels ?

LATANOCOM[®] ?

mentaires

QUE LATANOCOM[®] ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?

Thérapeutique

utique: Bêta-bloquant ophthalmique-timolol, en association.

Effets

deux principes actifs: le latanoprost et le timolol. Le latanoprost appartient à une famille de médicaments appelés andines. Le timolol appartient à une famille de médicaments appelés bêta-bloquants. Le latanoprost agit en liquide évacué de l'œil. Le timolol agit en ralentissant la production de liquide dans l'œil.
ue pour faire baisser la pression intraoculaire chez les patients atteints de glaucome à angle ouvert ou
re. Ces deux pathologies sont liées à une augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil qui risque
hoger la vue. Votre médecin prescrit LATANOCOM[®] quand d'autres médicaments n'auront pas agi de manière adéquate.

IT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER LATANOCOM[®] ?

cessaires avant la prise du médicament

utilisé chez l'adulte (y compris le sujet âgé) mais n'est pas recommandé chez les sujets de moins de 18 ans.

LATANOCOM[®] Solution Ophthalmique

un des principes actifs de LATANOCOM[®] (latanoprost ou timolol), aux bêta-bloquants ou à l'un des constituants dition 6 pour la liste des ingrédients).

u souffrez actuellement de troubles respiratoires graves tels que de l'asthme, une bronchite chronique obstructive (une sévère pouvant entraîner une respiration sifflante, une difficulté à respirer et/ou une toux de longue date).

troubles cardiaques graves ou des troubles du rythme cardiaque.

u désirez le devenir.

ises en garde spéciales

ANOCOM[®] Solution Ophthalmique

lement, prévenez votre médecin si vous avez ou si vous avez eu dans le passé :

me (dont les symptômes peuvent être une douleur ou une oppression de la poitrine, une difficulté à respirer, ou insuffisance cardiaque, ou une tension artérielle basse).

gence cardiaque tels que les pulsations cardiaques lentes.

pires, de l'asthme ou une bronchite chronique obstructive.

lution sanguine (tels que la maladie ou le syndrome de Raynaud).

timolol peut masquer les signes et les symptômes de glycémie basse,

hyroidiennes (hyperthyroïdie) puisque le timolol peut masquer les signes et les symptômes.

si vous avez subi une intervention au niveau de l'œil (y compris une opération de la cataracte),

autre maladie oculaire (douleur au niveau de l'œil, irritation ou inflammation oculaire, vision trouble),

écheresse oculaire.

es de contact. Vous pouvez utiliser LATANOCOM[®], à condition de suivre les instructions mentionnées en section 3.

ction allergiques sévères nécessitant une prise en charge hospitalière.

u souffrez actuellement d'une infection virale de l'œil due au virus herpès simplex (HSV).

que vous utilisez LATANOCOM[®] avant une intervention chirurgicale car le timolol peut modifier les effets de

ses durant l'anesthésie.

édicaments

peut être affecté par les autres thérapeutiques que vous prenez y compris d'autres collyres pour le traitement

ENTROPHARM

ment la notice
ons, adressez-vo

+ LOMB

C®

: Hypromellose

isch&Lomb GmbH

- Allemagne

ment :
ent 3,20 mg d'hypromellose.
ion se situe entre 7 et 11 mPa · s.

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

ue et contenu
te-gouttes de 10 ml de solution.

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

pas utiliser Artelac® ?

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

Artelac® ne doit pas être utilisé
de ses composants.

Grossesse et allaitement

Que devez-vous respecter pendant
Il n'y a aucune objection à l'utilisation
et l'allaitement car l'hypromellose
fait, pas de disponibilité de circula

Précautions particulières d'emp

Quelles précautions particulières
Le médicament instillé dans le
l'œil occasionnant la formation de
vision pendant quelques minutes
machine ou la conduite automobile
l'instillation oculaire.

Interactions médicamenteuses

Quels autres médicaments influent-ils
être influencés par Artelac® dans
En cas de traitement concomitant
pommade ophtalmique, l'effet
peut s'en trouver altéré car le
pénétration du médicament suivant
l'œil par ce dernier. Pour cette
un délai de 15 minutes environ
préparations. Il est conseillé de
dernier lieu car il importe qu'il reste
l'endroit d'instillation pour que
une longue durée.

Posologie et durée d'administration

Le tableau clinique de l'«œil sec» est
individuel. Si aucune posologie
instillez 1 goutte dans le cul-de-sac
5 fois par jour ou plus selon le
besoin.

Durée d'utilisation

L'utilisation s'effectue en règle générale
à court terme ou une thérapie continue.