

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.

Biologie 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.

Nº P19- 067529

ND: 30435

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10218

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663067929

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
DROITE	GAUCHE				Montant des soins
12 11 21 22 14 15 24 25 16 17 26 27 18 19 28 29	23 24 33 34 25 26 35 36 27 28 37 38 29 30 39 40				Début d'exécution
48 47 45 46 44 43 42 41 31 32	38 39 37 36 35 34 32 33				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux
DROITE	GAUCHE	H	G		Montant des soins
12 11 21 22 14 15 24 25 16 17 26 27 18 19 28 29	23 24 33 34 25 26 35 36 27 28 37 38 29 30 39 40	25533412 00000000	21433552 00000000		Date du devis
48 47 45 46 44 43 42 41 31 32	38 39 37 36 35 34 32 33	00000000 35533411	00000000 11433553		Fin de
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM : <i>EL AHAJ Abdellah</i>	Mle 10218
DECLARATION N°	W18-386348	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<i>26/06/2020</i>	<i>3644 180DH</i>	<i>05 pièces</i>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-386348

DATE DE DEPOT
26.06.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 10218		
Nom & Prénom		ELHAIL Abdelillah		
Fonction :	retraite	Phone 0663067929		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient ELHAIL CHAHAYA			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age		
Nature de la maladie		Date 12/06/2012		
en AFFECTION OCULAIRE Dr. IRAQUI				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
en		200 DH		
PHARMACIE	Date 18/06/2012			
Montant de la facture 23/06/2012 144.80				
3300,00 DT				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
CACHET				

Docteur Iraqi Houssaini Karim

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Chirurgie de la Cataracte par Phaco

Angiographie - Laser - Strabisme

Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



الدكتور عراقي حسيني كريم

طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلاة بالأمواج فوق الصوتية

تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الحول

العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le

18/06/2020

الدار البيضاء، في

90.7°
posture
Mme BENNANI Iham
Dr IRAGUI Houssaini Karim
Pharmacie MIMA
5 Avenue "D" Idrissia 4 - 1^{er} Etage
Appt. N° 1 - Casablanca - Tel : 0522 285 290
5 Avenue D Idrissia 4, 1^{er} étage, Appt. N° 1 - Casablanca - Tel : 0522 285 290
E-mail : iraquikarim@hotmail.com

54.1°
Low mode
Mme BENNANI Iham
Dr IRAGUI Houssaini Karim
Pharmacie MIMA
5 Avenue "D" Idrissia 4 - 1^{er} Etage
Appt. N° 1 - Casablanca - Tel : 0522 285 290
5 Avenue "D" Idrissia 4 - 1^{er} Etage
Appt. N° 1 - Casablanca - Tel : 0522 285 290

144.8°

5 شارع د (شارع الثمر) الإبريسية 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1- الدار البيضاء - الهاتف : 0522 285 290

5 Avenue D Idrissia 4, 1^{er} étage, Appt. N° 1 - Casablanca - Tel : 0522 285 290

البريد الإلكتروني : iraquikarim@hotmail.com

Docteur Iraqi Houssaini Karim

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la Cataracte par Phaco

Angiographie - Laser - Strabisme

Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



الدكتور عراقي حسيني كريم

طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلاة بالأمواج فوق الصوتية

تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الحول

العدسات اللاصقة - تصحيح البصر بالليزر

Casablanca, le

18/06/2010

دار البيضاء، في



Dr. IRAQI Houssaini Karim
Ophtalmologiste
5, Avenue "D" Idrissia 4 - 1^{er} Etage
Appt. N° 1 - Casablanca
Tél 05 40 11 20 20 - 05 22 28 32 77

5 شارع د (شارع الشمر) الإبريسية 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1- الدار البيضاء - الهاتف : 0522 285 290

5 Avenue D Idrissia 4, 1^{er} étage, Appt. N° 1 - Casablanca - Tel. : 0522 285 290

البريد الإلكتروني : iraquikarim@hotmail.com

SC6:001823017000027

INP: 0950-4081

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi
IDRISSIA 1 - Casablanca
Tél: 05 22 28 70 73
Fax: 05 22 80 18 36

Patente: 33664052
CNSS: 2361145
R.C.: 20 47 88

FACTURE 0005833

Le 23/06/20

M. EL HAIL CHAXMAF

Ordonnance du docteur IZADH

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. = 40° O. G. = 40°	Prés { O. D. = O. G. =	D. F. { O. D. = O. G. =
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--

FOURNITURES :			
Montures :	optique	1500	1500,00
Verres :	enfant que anti-reflets	9,00x2	1800,00
			3300,00



La présente facture arrêtée à la somme DH

11005 mille cinquante DHs

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

OPATANOL® 1 mg/mL, collyre en solution.

Olopatadine.



6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS



407252

Veuillez lire d'utiliser important

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir section 4.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce qu'OPATANOL et dans quel cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser OPATANOL
3. Comment utiliser OPATANOL
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver OPATANOL

**alité de cette notice avant
contient des informations**

Larmabak 0,9 %

Collyre

Chlorure de sodium

Veuillez lire cette notice médicamenteuse information sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.



Dans cette notice :

l'insuffisance lacrymale le nécessitent.
1 ml de collyre contient 31 gouttes.

Mode d'administration

Voie ophtalmique.

Pour une bonne utilisation du collyre, certaines précautions doivent être prises :

Se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'application,
Eviter le contact de l'embout avec l'œil ou les paupières.

Instiller une goutte de collyre dans le cul de sac conjonctival, en tirant légèrement la paupière inférieure et en regardant vers le haut.

Le temps d'apparition d'une goutte est plus long qu'avec un flacon de collyre classique.

Rebouchez le flacon après utilisation.

Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, LARMABAK 0,9 %, collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Posibilité de la réaction initiale