

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.

Pathologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0041617

62759

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 3590

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Idrissi Naïma

Leuvre Fakher
Abdeljalil

Date de naissance : 01/01/1967

Adresse : 96 Rue El Dadiane Berrachid

Tél. : 06 5886 4737 Total des frais engagés :

100 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Soumaya CHEGHI HASSANI

OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafis Berrachid
Tél. 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 FEV 2021

Nom et prénom du malade : EL Idrissi

O.A.M.A

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Amiante

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 : 10/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
22/02/2021	S2		300,00	<i>Dr. BOUARAYA CHEFCHI HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue OKBA NAFI Berrechid Tel. 0522 32 48 47</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ARAFA ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houssein BERRECHID Tél. 0522 32 48 47</i>	22/02/2021	54,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

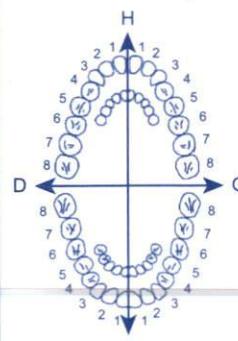
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Dr. BOUARAYA CHEFCHI HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue OKBA NAFI Berrechid Tél. 0522 32 48 47</i>	22/02/2021					220,- all

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

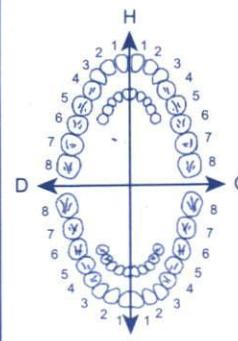
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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

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



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

22/02/2021

Mme EL IDRISI Naima

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets**

VL :

$$OD = + 0.50$$

$$OG = + 0.50 (- 0.25 \text{ à } 90^\circ)$$



2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

$$ODG = Add : + 2.25$$

54,50



LARMABAK: COLLYRE

VISUARMALE ARAFA
ASMOOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Moudie
BERRECHID
05 22 32 84 04

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux

VISUARMALE ARAFA
ASMOOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Moudie
BERRECHID
05 22 32 84 04

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid
05 22 32 48 47

FELICITY OPTIC 5

- OPTICIENS -

IMM. 9 M4 CHEKROUNIA - BD MOHAMED V

TEL/FAX 0522325354

LE 23/02/2021

FACTURE 201201

MME. EL IDRISI NAIMA

ORDONNANCE DU DOCTEUR M./MME. CHEBIHI HASSANI SOUMAYA

FOURNITURES :

QTE	DESIGNATION	MONTANT
2	MONTURE	1000,00
2	VL / VERRES ORG BLU UV AR DIAM 65MM	1200,00
2	VP / VERRES ORG AR DIAM 65MM	700,00
	Œil Droit : +0,50 Œil Gauche : +0,50 (-0,25 à 90°) ADD+2,25 ODG	
MONTANT TOTAL EN DHS :		2200,00
DONT TVA INCLUS 20% :		440,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS



RC BERRECHID 4765-PATENTE 40700448-CNSS 8139918-IF 40118061

ICE : 001655881000065

Larmabak 0,9 %

Collyre

Chlorure de sodium

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour 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,

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 o

Instiller le cul de
le cul de
légèrem
enregar

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohammed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

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,

INDEX 1.56

1.56 BLUEMAX UV420 65MM

SPH:+0.50 CYL:+0.00

INDEX 1.56



UV



Mobile



PC



TV

blue MAX

CE

=ABLens=

INDEX 1.56

1.56 BLUEMAX UV420 65MM

SPH:+0.50 CYL:+0.00

INDEX 1.56



UV



Mobile



PC



TV

blue MAX

CE

=ABLens=