

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.

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- 060666

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2277 Société : 21217
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ARDOUANE Khadija
Date de naissance : 17/07/54
Adresse : hab. 21217
Tél : 0662393930 Total des frais engagés : 366,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. NAYNE Karim
Ophtalmologie
Lot Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour - Casablanca - 36-60-79 / 0643-08-22-95
Date de consultation : 16/04/2021
Nom et prénom du malade : ARDOUANE Khadija Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : imitation
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/04/21



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
16/04/2021	d+4			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.04.2021	166,90

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
		A M	P C	I M	I V	

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim NAYME

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux



الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض وجراحة العيون

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

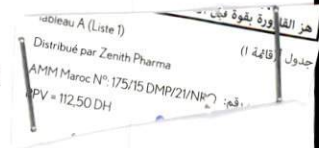
أمراض السائل الزجاجي والشبكة

جراحة الجفون ومسالك الدموع

casablanca

Le 16 avril 2021

Mme ARDOUANE Khadija



LOTEMAX

- 1 gouttes 4 fois/jour pendant 7 jours
1 gouttes 3 fois/jour pendant 7 jours
1 gouttes 2 fois/jour pendant 10 jours
1 gouttes 1 fois/jour pendant 10 jours , dans l'œil gauche

TOBRADEX : PDE PO

1 application / jour, le soir au coucher, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

Dr. NAYME Karim
Ophtalmologie
Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemour
Casablanca -
Tél: 0522-36-68-79 / 0643-08-22-95

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5, شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) غزنة النسيم البيضاء

+ 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

© karim.nayme@gmail.com **f Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim**



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

TOBRADEX®

Pommade ophtalmique

Tobramycine/Déxaméthasone

Tube de 3,5 g

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **Tobradex Pommade ophtalmique** et dans quel cas est-elle utilisée ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **Tobradex Pommade ophtalmique** ?



Utilisation pendant

L'utilisation de la pommade
déconseillée pendant

TOBRADEX®
POMMADE OPHTHALMIQUE

3,5G

Boîte de 1 tube

Laboratoires Sothema, Bouskoura

AMM N° 453/18 DMP/ 21/ NR0

PPV : 54 40 DHS



Si vous êtes enceinte ou
ce médicament que si

L'utilisation de la pommade

est déconseillée pendant l'allaitement. Vous devez donc soit
cesser d'allaiter, soit arrêter le traitement.

**Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à
utiliser des machines :**

La vue pouvant être provisoirement troublée juste
après l'application de la pommade ophtalmique, il est
recommandé d'attendre que le symptôme disparaisse avant
de conduire un véhicule ou d'utiliser une machine.

3- COMMENT UTILISER TOBRADEX POMMADE OPHTHALMIQUE ?

Posologie/Mode d'emploi

Adulte :

La posologie du médicament doit être déterminée par le
médecin individuellement pour chaque patient. Respectez
dans tous les cas la dose fixée par votre médecin. Ni
la dose journalière, ni la durée du traitement ne doivent
être modifiées sans en parler à votre médecin. De plus,
le traitement ne doit pas être interrompu sans instruction
de la part de votre médecin. En cas de gonflement du
tronc et du visage (syndrome de Cushing) et/ou de
suppression surrénalienne, vous ne devez pas interrompre
le traitement brutalement, mais le réduire progressivement,
selon les instructions de votre médecin, jusqu'à l'arrêter