

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 |

La 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.

89146

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>973446</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BÉLOUADI Abdellah</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>06 61 06 77 27</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. NAYME Karim Ophtalmologie Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour Casablanca - 05 22 20 45 45 / 05 22 08 22 95</i>			
Date de consultation : <u>20/09/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BéLOUADI AbdERRAHIM</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>cataracte D.D.</u>			
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 : 20/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : Chey

Le : 26/10/2021

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
29/09/21	G		GT	INP : 109185621 Casablanca - 06-60-79 / 0643-08-55-21 Dr. Hassim. Aymé Karim.
30/09/2021	G		GT	INP : 109185621 Casablanca - 06-60-79 / 0643-08-55-21 Dr. Hassim. Aymé Karim. Azemour 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Res les joyaux de Bouskoura Imm. C.A.N 1 Vieux Souk Bouskoura 0522-516171 / 0615451024 Res les joyaux de Bouskoura N° 14401 Tél: 0522-516171 Fax: 0693510002 S.A.G. 29-9-21  Res les joyaux de Bouskoura Imm. C.A.N 1 Vieux Souk Bouskoura 0522-516171 / 0615451024 Res les joyaux de Bouskoura N° 14401 Tél: 0522-516171 Fax: 0693510002 S.A.G. 30-9-21	29-9-21 30-9-21	275,80 401,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

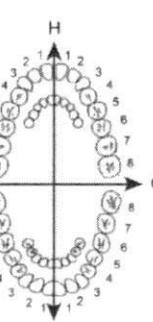
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	 <p>H G</p> <p>D G</p> <p>B</p> <p>D G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Karim NAYME

Ophthalmodiagliste

Maladies et chirurgie des yeux



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

الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي والشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca

Le 30 septembre 2021

Mr. BELOUADI ABDERRAHIM

40,40

EXOCINE 0.3 % COLLYRE

S.V.

collyre 3 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jour

Ofloxacine

Collyre en solution

PPV.40DH40



Prise de RDV par téléphone

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

5، شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزمور سابقاً) جزء النسيم البيضاء

⌚ + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

✉ karim.nayme@gmail.com ⚡ Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim



ORDONNANCE

Casablanca le 29.09.2021

NOM : *BELQUAIFI*
PRENOM : *Abdenrahim*

1°) FRAKIDEX (collyre)

24.60
1 goutte x3/j pdt 07 jours
1 goutte x2/j pdt 07 jours
1 goutte x1/j pdt 07 jours

S.V

2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)

24.80
1 cp x2/j pdt 05 jours

S.V

3°) PHYLARM

99.00
Pour nettoyage de la paupière matin et soir

S.V

l'œil opéré après 21 jours

1°) DEXAFREE (collyre)

22.10
1 goutte x3/j pdt 07 jours
1 goutte x2/j pdt 07 jours
1 goutte x1/j pdt 07 jours

S.V



TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

**NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX**



+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20
+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 21
✉ info@clinic-oeil.com
🌐 www.clinic-oeil.com

FRAKIDEX
Colyte 5ml

LOT/عيار H6147
FAB/تاريخ الإنتاج 05-2020
EXPI/تاريخ التخزين 04-2022

ZENITH PHARMA
PPV : 24,60 DHS
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

COOPER PHARMA
LOT : 201042
PER : 07 - 2023
PPV : 74,80 DH



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml



Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS



LCA S.A.

9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39
E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16

A standard linear barcode is displayed within a white rectangular box. Below the barcode, the numbers "3 700288 600042" are printed vertically.

LOT 10203
PER 2024-02

MO152 - 2017-06 - PN : 930-1033/01.