

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.

Maladie :

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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Decompte de remboursement

115477

Déclaration de Maladie : N° S19-0000508

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11049* Société : *RAD*

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *KAROUT, Youssef* Date de naissance : *02/11/1963*

Adresse :

Tél. : *0707 762676* Total des frais engagés : *3500* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

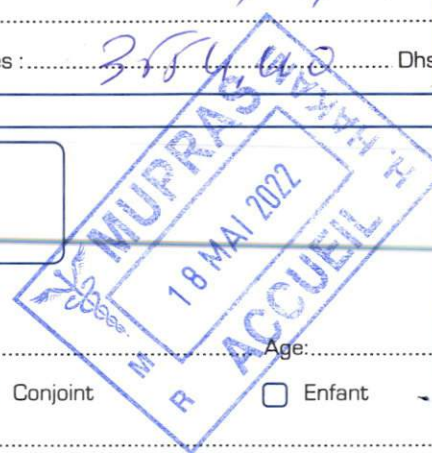
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *CASA*

Le : *18/05/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*





تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : Wafa ASSURANCE

/ 9715 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE: 659

BENEFICIAIRE : KARROUMI ZINEB

DATE DE LA DECLARATION : 16/04/2022

DECLARATION N° : 21598726

/

DATE DE REMBOURSEMENT : 04/05/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	300.00		300.00		85.0%	255.00
15	Pharmacie	54.40		54.40		85.0%	46.24
25	Verres	2000.00		1358.33		85.0%	1154.58
26	Monture	1200.00		1200.00		%	
TOTAUX		3554.40		2912.73			1455.82

OBSERVATIONS :

nr: taxe

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLISSEMENT UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, jour et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc.).
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les FRM, concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et performances remis à l'assuré. Un sinistre sont conservés par l'assureur.
- Soins dentaires : Pour les extractions multiples de plus de 10 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable est obligatoire.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la notation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- Délai de remise des pièces : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remises à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la quinzaine ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de quinzaine et de nuit est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.
- Protection des données personnelles :

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs la communication des informations de l'assuré / souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

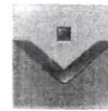
Les données sont protégées aussi bien sur support papier qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent, à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.ma.

De manière expresse, l'assuré/employeur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

RÉGIE SOCIALE - 1 RD ABDELMOUMEN CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 150.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17.99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 21598726

Cachet de l'employeur

N° du contrat

N° affiliation :

Matricule Sté :

659

Nom et prénom de l'assuré

RABAOUA SIHAM

Type de déclaration

☐ Médical

☐ Dentaire

☒ Optique

Total des frais engagés

3500,00 dh + 5414,00 dh
= 8914,00 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

16/04/2022

Nom et prénom du malade :

KARROUNI ZINEB

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

Ametropie

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

(Signature)

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

CERTIFICAT N°

21598726

16/04/2022

21598726



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويبي ن

البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz

البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz
البريد الإلكتروني: nlaouissi@univ-bordj.dz

164-022

KARROUNI (2m)



la nette p...

$$OD: (10^\circ - 0,75) + 4$$

$$OG: (170^\circ - 0,75) + 275$$

Suivants Tobacx pole
complesm
210j



NOVARTIS

NOTICE : INFORMATION DE

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
0,3/0,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sotherma Bouskoura
AMM N° 455/16 DMP/ 21/ NRO



TOBRADEX

Pommade ophtalmique

Tobramycine/Dexaméthasone

0,3/0,1%

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, 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** ?
- 3- Comment utiliser **TOBRADEX, Pommade ophtalmique** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **TOBRADEX, Pommade ophtalmique** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE TOBRADEX, POMMADE OPHTALMIQUE ET DANS QUELS CAS EST-ELLE UTILISEE ?

La pommade ophtalmique TOBRADEX contient les principes actifs tobramycine (antibiotique) et

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous souffrez d'une autre maladie, d'allergies ou si vous prenez d'autres médicaments (même en automédication)/vous prenez ou utilisez déjà d'autres médicaments en usage interne ou oculaire.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

L'utilisation de la pommade ophtalmique TOBRADEX est déconseillée pendant la grossesse.

L'utilisation de la pommade ophtalmique TOBRADEX 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 OPHTALMIQUE ?

Posologie/Mode d'emploi :

Adultes :

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 perte extrême de force, de nausées et de diarrhée persistante (symptômes d'une suppression surrénalienne), vous ne devez pas interrompre le traitement brutalement, mais le réduire progressivement, selon les instructions de votre médecin, jusqu'à l'arrêter complètement.

Normalement on applique 3 à 4x par jour une noisette de pommade d'environ 1 cm entre l'œil et la paupière inférieure de l'œil atteint.

Lorsqu'une quantité trop importante de pommade ophtalmique TOBRADEX est parvenue dans l'œil, rincez l'œil avec de l'eau tiède. N'appliquez plus de pommade jusqu'à la prochaine utilisation prévue.

Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien si vous estimez que l'efficacité du médicament est trop faible ou au contraire trop forte.

Votre médecin peut prescrire la pommade ophtalmique

Conservez cette carte de garantie en cas de remplacement de vos verres

Client : KARROUMI ZINEB

FSV Organic 1.67 ASP UV+420CUT Blue HMC D65

	Sph	Cyl	Add	Axe	Diam
OD	4.00	-0.75	0.00	10	65
OG	2.75	-0.75	0.00	170	65

Votre Opticien : FREEDOM OPTIC

Votre Commande : 22-106082 du : 19-04-2022 11:06

Félicitations !

Vous avez choisi notre produit pour l'équipement de vos verres optiques. Ces nouveaux verres répondent à la directive Européenne 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux (DM).



Japan technology

Carte d'authenticité