

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.

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

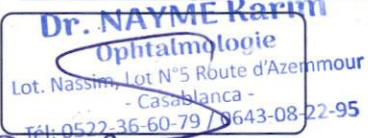
N° M21- 066179

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12957 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENNANS Malika
 Date de naissance : 19/10/1989
 Adresse :
 Tél. : 0662 10 49 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 02/02/2023
 Nom et prénom du malade : BENNANS Malika Age: 34
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : hyper métropie + Astigmatisme
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
02/05/09	9		250	Dr. NAYME Karim Ophtalmologie Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour - Casablanca - Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95
02/05/09			24	
23/05/09				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie TERRADA Dr. RADIR N°5 Route d'Azemmour Tél/Fax: 05 22 93 32 35	07/07/09	277.80
		092028554

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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

07 juillet 2023

Mme BENNANI MALIKA

POUR USAGE OPHTAL
Distribué au Maroc p
PPV = 117,00 DHS

140.00

MIXTEARS

1 goutte fois3/jour, dans les deux yeux, pendant 2

117.00

ZYLET

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassil, nezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

1 goutte x4 fois par jour pendant 1 semaine

1 goutte x3 fois par jour pendant 1 semaine

1 goutte x2 fois par jour pendant 1 semaine

, dans les deux yeux

20.80

FRAKIDEX POMMADE

Pharmacie KARIM
Dr. KARIM NAYME
May Chahoua - Agadir
Tél / Fax : 05 22 93 32 35

1 app fois par jour le soir avec massage des paupières et des cils ,
dans les deux yeux, pendant 15 jours

277.80

Dr. NAYME Karim
Ophtalmologie
Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmou
- Casablanca -
Tél: 0522-36-60-79 / 0543-08-27

Prise de RDV par téléphone

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

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

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

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

des radicaux libres et chélation des métaux lourds, protégeant ainsi les tissus endommagés.

- Rééquilibre le microenvironnement oculaire compromis par l'intervention, reconstituant le film lacrymal avec des substances physiologiquement présentes dedans (comme la glycine, les sels minéraux, l'eau).

LENTILLES DE CONTACT MIXTEARS est indiqué pour une utilisation avec des lentilles de contact souples et RPG; plus précisément:

- Pour atténuer l'effet des lentilles: placez une goutte sur le côté intérieur de la lentille avant l'application sur l'oeil; cela protégera la surface cornéenne.
- Quelques gouttes de produits, placées directement sur la lentille avant l'application, aident à éliminer les traces du conservateur de la solution polyvalente ou de stockage de la lentille.
- Avec les lentilles sur l'oeil, appliquez une ou deux gouttes sur chaque oeil et clignez les yeux plusieurs fois pour les rendre plus confortables et soulager la sécheresse oculaire. Cela améliore également le mouillage et l'hydratation de la conjonctive, minimisant les dommages dus à la friction lors du clignement et en cas d'abrasion du tissu conjonctival aide à une guérison plus rapide.
- Après le retrait des lentilles, quelques gouttes de produit soulagent la fatigue oculaire due à un port prolongé de plus, MIXTEARS contribue à réparer l'exfoliation épithéliale qui est la conséquence directe de l'utilisation des lentilles de contact.
- MIXTEARS est indiqué pour une utilisation fréquente et prolongée. Peut être utilisé pendant la journée ou alternativement avant le coucher (utilisation de nuit).

INSTRUCTIONS D'UTILISATION

- 1) Nettoyez soigneusement vos mains.
- 2) Déchirer le joint inviolable avant la première administration.
- 3) Retirer le capuchon protecteur du flacon.
- 4) Retournez le flacon et y exercez une légère pression pour instiller 2 gouttes dans chaque oeil, sauf autrement prescrit.
- 5) L'instillation nécessite d'exercer une pression plus élevée pour permettre l'issue du produit. Cela est dû aux propriétés du système de fermeture qui préservent la stérilité et les caractéristiques chimiques et physiques des solutions sans conservateur.
- 6) Après utilisation, refermer immédiatement le flacon.
- 7) Le contenu doit être consommé dans les 6 mois suivant la première ouverture.

COMPOSITION

Hyaluronate de Sodium (poids moléculaire élevé), Hyaluronate de Sodium (faible poids moléculaire) extrait de Centella Asiatica (L.) Urbain (titré en asiaticoside $\geq 3\%$), L-glycine, vitamine E TPGS, Polyvinylpyrrolidone, D-Mannitol, Phosphate de sodium monobasique monohydraté, Phosphate de sodium dibasique dodécahydraté, Chlorure de sodium, Eau pour injection jusqu'à 100 ml.

AVERTISSEMENTS ET PRÉCAUTIONS

- Le produit est destiné à un usage ophtalmique uniquement.
- N'utilisez pas le produit si la boîte ou le multi-dose sont endommagés ou pas parfaitement fermés.
- Le contenu doit être utilisé par une seule personne.
- Pendant l'instillation, ne touchez pas l'oeil ou toute autre surface avec le compte-gouttes

PPC: 140 DFI 00

LOT

M 0222

2 025/10

- La mécanique ophthalmiques conjointement avec l'utilisation de ces gouttes ophtalmiques doit être effectuée sous la surveillance d'un médecin; dans tous les cas, attendez au moins 15 minutes entre chaque application.

- Ces gouttes ophtalmiques ne remplacent aucun médicament pouvant être prescrit par le médecin.

- N'utilisez pas le produit après la date d'expiration.

- Ne pas jeter le récipient après utilisation.

- Tenir hors de portée des enfants.

EMBALLAGE
Flacon multi dose de 10 ml, sans conservateur.

CONDITIONS DE STOCKAGE

- Le contenu doit être utilisé dans les 6 mois suivant la première ouverture.
- Conserver en dessous de 30 ° C dans un endroit sec à l'abri de la chaleur et de l'exposition directe au soleil.

VALIDITÉ

Avec l'emballage non ouvert, ne pas dépasser la date de péremption indiquée sur la boîte et sur l'étiquette du flacon.

- Distribué par : Bottu S.A
82, Allée des Casuarinas- BP
2583 Ain Sebaâ - 20580
Casablanca-Morocco

utici S.r.l.

ata Bolognese

mjoom
company.
udite.

CE 1936
DISPOSITIF MÉDICAL

STERIL

Dispositif médical stérile par filtration.

Dernière révision Jamjoon:
01.07 du 07/2022

Dernière révision du fabricant
du 01.04 du 06/2022

Fabricant de dispositif médical.

CE
1936

Le produit est un dispositif médical marqué CE par Bottu S.A. avec N° 1936.

30°C

Conserver en dessous de 30 ° C.

Ne jetez pas le récipient après utilisation.

⚠

Avertissements et précautions d'usage général.

⚠

N'utilisez pas le produit si la boîte ou le multi-dose sont endommagés ou mal fermés.

⚠

Date d'expiration.

⚠

Accept utilisation, sans altérer les instructions figurant sur la notice.

LOT

Numéro de lot de MCO.