

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

- Reclamation : 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

M23-0019890

202808

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2495 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAITHA NADIA

Date de naissance : 1955

Adresse : Rue 22 n° 30 lotissement MANDARONA CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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
Visite	Control		140 euros	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
FARMÀCIA 2114 Lluís Torreguitart Maria José Guerrero Sergi Palli Aeroport de Barcelona T2 Tel: 93 275 45 63	16/01/2024 19/01/2024	42,03 € 24,23 € 16 GEN. 2024 C/ Vergós, 5 - 08017 Barcelona E08003266

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

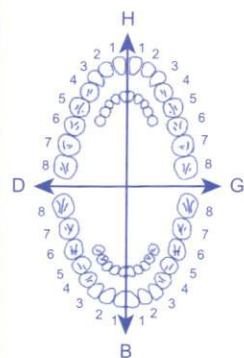
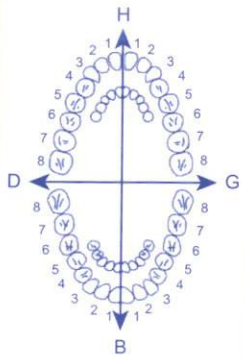
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RECETA MÉDICA	PACIENTE
INFORMACIÓN AL PACIENTE	NADIA TAHA . 01/01/1955 HT5675341
DUOKOPT, 20 mg/ml+ 5 mg/ml col. (DORZOLAMIDA+TIMOLOL) 1 gota cada 12 horas en ambos ojos (O COSOPT sin conservantes o COSDUO) THEALOS DÚO, colirio 1 gota cada 8 horas en ambos ojos	
Barcelona; 16/01/2024 Dr. Alfonso Antón López N. col.: 39781	
El paciente conservará este documento de información durante el período de validez del tratamiento.	Se informa que sus datos serán incorporados en un archivo responsabilidad de INSTITUT CATALA DE RETINA. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición delante del responsable. (Art. 5 LOPD)



OFICINA DE FARMACIA
TORREGUITART-GUERRERO-PALLI CB

AEROPORT TERMINAL 1
08820 PRAT DE LLOBREGAT, EL
Telf. 934991373 Fax
CIF. E66737966

FACTURA Nº 838 / 1
DATA FRA. 17/01/2024
NIF.
Cod. Client 440

TAHA NADIA

?

08820 PRAT DE LLOBREGAT, EL
BARCELONA

DATES	CODI	CONCEPTES	P.V.P.	D	UNI	PR.UNI IVA	IMP BRUT	DT/ AP	IMPORTE	IVA
17/01/24	703828	DUOKOPT 20MG/ML+5MG/ML COLIRIO	24,23	*	1	24,23	24,23	0	24,23	4%

FARMÀCIA 2114

Lourdes Torreguitart
Maria José Guerrero
Sergi Palli
Aeroport de Barcelona T2
Tel: 93 370 45 03

IMPORT (BASES).....	TIP. 4% 23,30	Suma PVP 24,23	TOTAL 23,30
IVA S/BASES.....	0,93		0,93
TOTALS PARCIAIS.....	24,23		24,23
		TOTAL FACTURA.....	24,23

Cómo usar THEALOZ® DUO / Como utilizar THEALOZ® DUO

Lea las instrucciones de uso que se encuentran dentro del envase antes de utilizarlo. Solo uso ocular. No tocar la punta del envase con los ojos, dedo o cualquier superficie.



Antes de utilizar leia as instruções do folheto que se encontra no interior desta embalagem. Apenas para utilização ocular. Não toque com a ponta do recipiente unido nos seus olhos, dedo ou em qualquer outra superfície.

Posología / Posologia



1 gota en cada ojo 4-6 veces al día
1 gota por olho 4-6 vezes por dia

Condiciones de uso / Condições de utilização



Apto para niños, adultos y en caso de mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.



Adequado para crianças, adultos e mulheres grávidas ou a amamentar.



No usar si usted es alérgico a alguno de sus ingredientes.
Não utilize se é alérgico a qualquer um dos ingredientes.

10 ml GOTAS / 10 ml COLÍRIO, SOLUÇÃO

Condiciones de conservación / Condições de conservação

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños. Usar hasta 6 meses tras su primera apertura.

Fecha de primera apertura:

Manter fora do alcance e da vista das crianças. Utilizar até 6 meses após a primeira abertura.

Data da primeira abertura:

+30°C



MADE IN EUROPE



THEALOZ® DUO



ALÍVIO DA SECURA OCULAR

PROTEGE, HIDRATA E LUBRIFICA
SECURA OCULAR MODERADA
A GRAVE



TREALOSE 3%
ACIDO HIALURÔNICO 0.15%*



ALÍVIO IMEDIATO
E PROLONGADO DOS
SINTOMAS



SEM CONSERVANTES
SEM FOSFATOS



ADEQUADO PARA
UTILIZADORES DE LENTES
DE CONTACTO

 **Thea**

300 GOTAS




4700299 100027 8



DK177
01 2025
PC 08470007038283
SN 388655987340



Lote / CAD :



A.S.S.S. Laboratorios Thea S.A.
Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml
colirio en solución 10 ml
C.N. 703828.3

Duokopt

20 mg/ml + 5 mg/ml
colirio



DK179
02 2025
PC 08470007038283
SN 416445117780

Lote / CAD :



8 470007 038283
A.S.S.S. Laboratorios Thea S.A.
Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml
colirio en solución 10 ml
C.N. 703828.3

Duokopt

20 mg/ml + 5 mg/ml
colirio en solución

FARMACIA EVA ROMANI ROURERA
C/ VERGOS-5
08017 -BARCELONA (BARCELONA)
Cod.Farmacia: 0326
N.I.F. 46656421R

Nombre: TAHA NADIA
Dirección:
Población:
C.P.:
N.I.F.:
Referencia: N/A
E-Mail: N/A

Factura Número: N000532/2024 *** Es Copia ***

Fecha: 16/01/24

Factura Número: N000532/2024 Es Copia									
Fecha	Código	Descripción del Artículo	%Iva	%Ap.	P.V.P Bruto	P.V.P Neto	Unidades	Importe	
16/01/24		Operación nº N000532/2024							
16/01/24	703828	DUOKOPT 20/5MG/ML COLIRIO 10ML	4%		24,23	24,23	1	24,23	
16/01/24	166701	THEALoz DUO 10 ML	10%		17,80	17,80	1	17,80	



Centre Oftalmològic • Barcelona
Institut Català de Retina

INFORMACIÓ
93 254 79 22
902 10 10 55
www.icrcat.com
icr@icrcat.com



TAHA .; NADIA
HAY MANDAROUNA RUE 22 NR 30

Data: 16/01/2024
Factura Nº: 001129B022024
N.I.F: HT5675341

Data	Concepte	Quantitat	Tarifa	Total(€)
16/01/2024	VISITA SUCCESIVA (DESPRÉS DE 15 DIES)	1	140,00	140,00

ICR
Centre Oftalmològic • Barcelona
Institut Català de Retina

[Handwritten signature]
COBRAT

Factura exempta d' IVA d' acord amb l' article 20 de la llei 37/1992 de 28 de desembre

Total Factura: 140,00€

Cobrat

Data	Rebut	Import
16/01/2024		140,00
Total:		140,00

Edifici Ganduxer
C. Ganduxer, 117
08022 Barcelona
Tel. 93 254 79 22

Edifici Pau Alcover
C. Pau Alcover, 67
08017 Barcelona
Tel. 93 254 79 22

ICR Terrassa
C. Nord, 77
08221 Terrassa
Tel. 93 736 34 40



Fundació
Ramon Martí i Bonet
contra la ceguera

Coneix-la