

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'I-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-008155

158224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : par l'adhérent

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRISSI SOUMAYA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 32 0114 Total des frais engagés : 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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0008155

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

VOLET ADHERENT

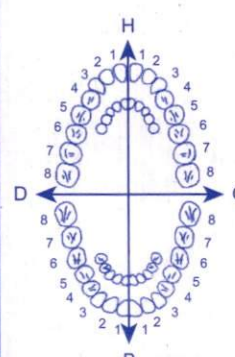
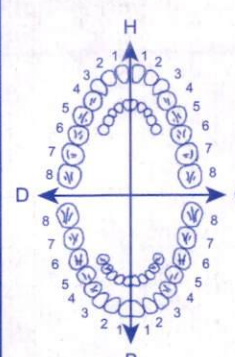
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 <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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FEUILLE DE SOIN N°

DATE DE DEPOT

W

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone	06.68.32.01.14	Signature de l'adhérent
Fonction	retraité	Matricule	3189	
Mail				

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient	IDRISSI SOUMAYA	Age	28 / 06 / 2003	Date de la première visite	
Nature de la maladie	santé au gèle				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>			
		Signature et cachet du médecin			

RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
02 FEV. 2023	S		270

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
02/02/2023	23.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	
07/02/2023			7000		

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticaire			Coefficient des travaux
	H 25533412 D 00000000 00000000 35533411 B 21433552 G 00000000 00000000 11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction)			Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de l'exécution

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM du Patient :			DECLARATION N°	Cachet MUPRAS
			W	
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois



طب العيون OPHTALMOLOGIE

Dr. MEDINA Mustapha

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux

الدكتور مدينة مصطفى

اختصاصي في طب
وجراحة العيون

Agadir, le في أكادير،

02 février 2023

Mlle IDRISSI Soumaya

طوبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية

Traitement du Kératocône

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

العدسات اللاصقة

Contactologie

تصوير شرايين الشبكية

Angiographie rétinienne

الليزر

Laser

23,40

1/ OPTIPRED COLLYRE

التصوير المقطعي البصري

OCT

1 goutte 3 f/j , 15 jours, dans les deux yeux

الفحص بالصدى

Echographie

جراحة قصر البصر

Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية

Chirurgie par Phakoémulsification

05 28 84 18 45
08 08 50 87 99

Tél./Fax 05 28 84 43 13

Résidence Talborjt
Imm. D - Bureau N°11
1^{er} Etage - Bd. Cheikh Saadi
Talborjt - Agadir



Pharmacie EL OUAFI
Dr. Driss BENMHAMMED
Tél : 05 23 87 66 96
Av. CAH - Sidi Inni
INP: 042074161
ICE: 001231294000068

Dr. MEDINA Mustapha
OPHTALMOLOGISTE
Bureau N° 11
Talborjt - Agadir

Optipred® 1% p/v Collyre en solution

(Acétate de prednisolone)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur nuire même si leurs symptômes sont identiques aux vôtres.

- Si l'un des effets indésirables devient grave (par exemple, si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans la notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.

1. Qu'est-ce qu'Optipred® et dans quel but est-il utilisé

Optipred® appartient à un groupe de médicaments appelés corticostéroïdes anti-inflammatoires. Optipred® est utilisé chez l'adulte pour le traitement de l'inflammation oculaire.

Il réduit l'irritation, la sensation de brûlure, le gonflement de l'inflammation oculaire provoquée par des produits chimiques, la chaleur, la radiation ou des objets étrangers dans l'œil.

2. Avant d'utiliser Optipred®

Ne pas utiliser Optipred®

- Si vous êtes allergique à l'acétate de prednisolone ou à l'un des autres composants mentionnés dans la notice.
- Si vous souffrez d'infections virales, fongiques ou bactériennes.
- Si vous souffrez de tuberculose oculaire.
- Si vous avez des blessures ou des ulcères de la cornée.
- Si vous avez déjà eu de l'herpès.

Faites attention avec Optipred®

Parlez à votre médecin avant d'utiliser Optipred® si vous souffrez, ou avez souffert dans le passé de :

- Ulcères oculaires ou vous avez eu une intervention chirurgicale à l'œil qui a rendu le tissu mince.
- Vous avez un glaucome ou vous êtes très âgé.
- Vous avez subi une chirurgie pour la cataracte.
- Les infections oculaires bactériennes, virales ou fongiques.

Utilisation d'autres médicaments

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.

Dites à votre médecin avant d'utiliser Optipred®

Utilisez ou avez utilisé d'autres collyres pour les yeux. L'utilisation fréquente ou à long terme de collyres peut entraîner des effets indésirables supplémentaires.

Grossesse et allaitement

Dites à votre médecin avant de commencer à utiliser Optipred® si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, car les médicaments peuvent passer dans le lait maternel.

Optipred® 1% p/v Collyre en solution

5

ملاحظة



أوبتيبرد

Optipred®

Lot: YK0006
Fab: 08 21
Exp: 08 23
PPV: 23 DH 40



ne doit pas être utilisé avec d'autres médicaments.

Mode d'emploi de l'Optipred®

Après avoir lavé vos yeux, prenez la dose prescrite par votre médecin.

Si vous oubliez une dose, prenez-la dès que vous vous en souvenez. Si s'il est presque l'heure de votre prochaine dose, ne prenez pas de médicament supplémentaire.

Si vous oubliez une dose, ne prenez pas de médicament supplémentaire.

Si vous oubliez une dose, ne prenez pas de médicament supplémentaire.

Effets indésirables éventuels

Comme tout médicament, Optipred® peut causer des effets indésirables.

Les effets indésirables les plus fréquents sont :

- Maux de tête
- Augmentation de la pression artérielle
- Picotement ou irritation légère
- Dilatation de la pupille

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

Si vous remarquez des effets indésirables graves, consultez votre médecin immédiatement si vous en avez besoin.

6. Informations supplémentaires

Optipred® est un médicament.



بصريات رهام
OPTIQUE RIHAM
Opticienne Optométriste

Entrée N° 6 Magasin N° 796 Souk El Had

AGADIR Tél : 05 28 22 85 03

R.C : 2409 - Patente : 48150956 - I.F : 75766267

Agadir, le

07/02/2023

FACTURE

0063

Prescription des lunettes :

IDRISSI SOUNAYA

M :

Ordonnance du Docteur :

N° de la nomenclature correspondant à la prescription	Loin { O.D. 10-050-1.00 O.G. 15-075-1.00
D.F { O.D. _____ O.G. 6	Prés { O.D. _____ O.G. 6
<u>Fournitures</u>	Prix
Montures plastique	2000
Verres GAR	5000
Etuils	
TOTAL	7000

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Sept cents 00,

Signature

