

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

M22- 0048137

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23 93 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 172553
Nom & Prénom : L. AAROUS Fatima
Date de naissance : 18-11-1941 Casa
Adresse : 4 R. Dan 6P Meloudi que Medina Casa
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03/ AOÛT 2023
Nom et prénom du malade : L. AAROUS Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : le lien malade
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 :
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant les Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

3 AOUT 2023	Examen OC	1	1000	
-------------	-----------	---	------	--

Dr. SERHINI Medline
OPHTALMOLOGUE
10, Rue Abou Abdellah
Madrif - CASABLANCA
Tel: 5.13.23 / 99.44.33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE EL MANAR
CASA S. R.L
40, Av Mehdi Ben Barka - Bourgogne Casa
INPE 092 25204

03/08/23

681,60
PHARMACIE EL MANAR
CASA S. R.L
40, Av Mehdi Ben Barka - Bourgogne Casa
INPE 092 25204

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

dy

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

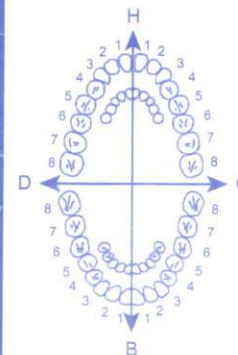
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

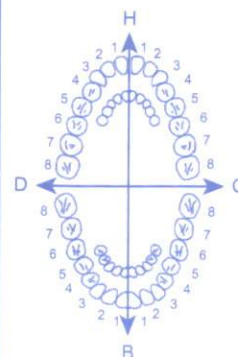
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



TOPCON

6 118001 070114

Laboratoires Sothema

AZOF® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Bouteille de 1 flacon

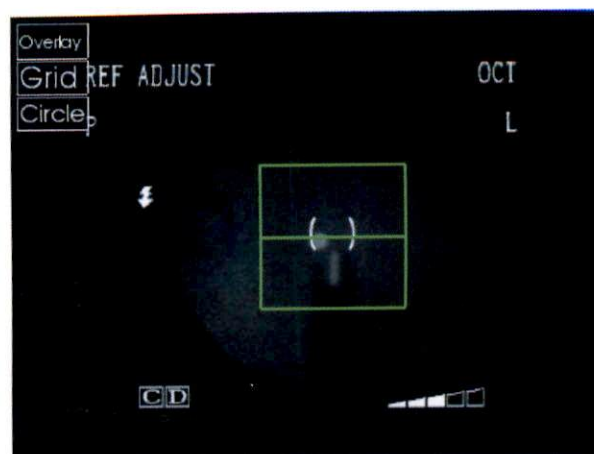
PPV: 125,00 DH

AMM N° 261/18DMP/21/NRS

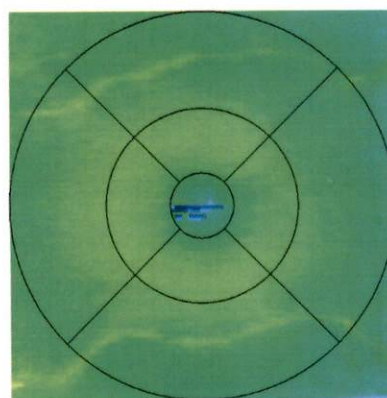
446374 MA

Axial Length :

FUNDUS IMAGE



Center thickness(ILM-RPE) :	143 microns
Total Volume(ILM-RPE) :	6.87 mm ³



Comment :

USER

Physician Signature :

Date :

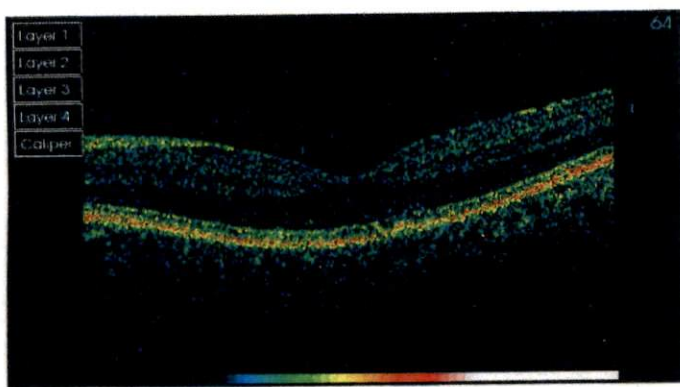
Retinal Analysis Report

Patient ID : 1022
Patient Name : Fatima LAAROUS
Date of Birth : 01/01/1941
Gender : female
Ethnic Group : _____

Scan Type : 3D Scan, 6.00mmx6.00mm, 512x128, OS
Scan Date : 03/08/2023

Axial Length : _____

OCT IMAGE



FUNDUS IMAGE

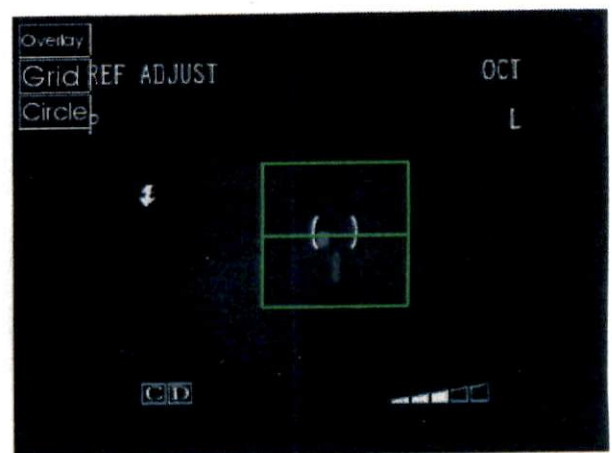
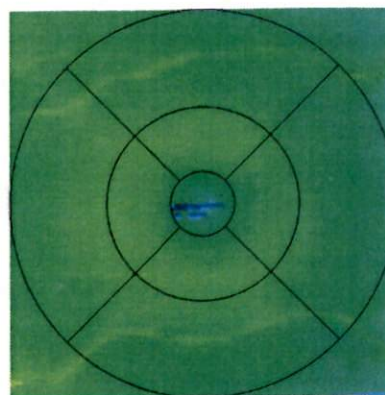
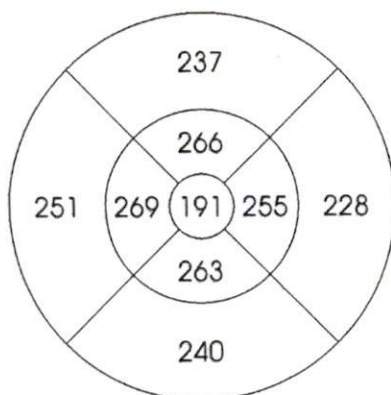


Image Quality : 34

Center thickness(ILM-RPE) : 143 microns

Total Volume(ILM-RPE) : 6.87 mm³



Comment :

USER

Physician Signature :

Date :

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

Dr. Azzeddine SERRHINI

**Spécialiste des maladies
et Chirurgie des yeux**

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Assistant spécialiste des Hôpitaux de Paris

OCT - Laser - Lasik - Cataracte par phacoemulsification

Chirurgie vitréo - rétinienne

الدكتور عز الدين السمرغيني

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

جراحة "الجلالة"

ليزر - جراحة الشبكية

Casablanca, le 03/08/2023

N° LAAROUS La Pima

(125,00 x 5)

1) AZOPT : 1 gtt x 2 ts
dans les 2 yeux

(56.60 x 5) 5 flacons

2) Stilnox 1/2 cp le soir

5 Boîtes

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.

48 Av Mehdi Ben Berka - Bourgogne Casa
INPE 0920 25204

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.

48 Av Mehdi Ben Berka - Bourgogne Casa
INPE 0920 25204

Dr. SERRHINI Azzeddine
OPHTALMOLOGISTE
110, Rue Abou Abdellah Nafii
Maarif - CASABLANCA
Tél. 23.13.23 & 09.44.33

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.

48 Av Mehdi Ben Berka - Bourgogne Casa
INPE 0920 25204

Tél. : 05 22 23 13 23 - Tél / Fax: 05 22 99 44 33 / **110 زنقة أبو عبد الله نافع - المعاريف - الدار البيضاء**

GSM : 06 60 41 10 92 - 110 , Rue Abou abdellah Nafii - Maarif - Casablanca

NOTE D'HONORAIRE

Casablanca le :

- 3 AOUT 2023

Le Docteur Azzeddine SERRHINI

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

Mr/Mme/Mlle . L.A.A. RAUS.....Fatima.....

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire

Soit la somme de : 1000,00.....DHS

DR. SERRHINI Azzeddine
OPHTALMOLOGISTE
140, rue Abou Abdou Nassr
Madinat - CASABLANCA
Tél. 83.13.23 / 09.87.76.76

Stilnox® 10 mg

Tartrate de zolpidem

Comprimé pelliculé sécable

SANOFI

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : hypnotiques et sédatifs-code ATC : N05CF02

Ce médicament est apparenté aux benzodiazépines.

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans le traitement de courte durée de l'insomnie.

Chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans ; étant donné l'absence de données, l'utilisation de ce médicament n'est pas recommandée.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE STILNOX 10mg, comprimé pelliculé sécable ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais STILNOX 10mg, comprimé pelliculé sécable :

- Si vous êtes allergique à la substance active, à la classe de produits apparentés aux benzodiazépines ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une insuffisance respiratoire grave.
- Si vous avez une maladie grave du foie (insuffisance hépatique grave).
- Si vous souffrez d'un syndrome d'apnée du sommeil (trouble caractérisé par des arrêts de la respiration pendant le sommeil).
- Si vous souffrez de myasthénie (maladie des muscles).
- Sur une période prolongée. Le traitement doit être aussi court que possible car le risque de dépendance augmente avec la durée du traitement.
- Si vous avez déjà présenté des épisodes de somnambulisme ou tout autre comportement inhabituel en dormant (comme conduire, manger, passer un appel téléphonique ou avoir des relations sexuelles, etc.) sans être complètement éveillé(e) après avoir pris STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable ou d'autres

médicaments contenant du zolpidem.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable.

Risque d'APNÉE DORMANT, de DÉPENDANCE et de SYNDROME DE SEVRAGE

Si vous avez déjà pris ce médicament, vous pouvez avoir des symptômes de dépendance, sur une durée possible, en cas de dépendance, produits par

Le risque de dépendance augmente avec la dose et la durée du traitement. Des cas de dépendance ont été rapportés plus fréquemment chez les patients traités par Stilnox 10 mg, comprimé pelliculé sécable pendant plus de 4 semaines. Le risque de dépendance est également augmenté si vous avez des antécédents de troubles psychiatriques, d'alcoolisme, de dépendance aux médicaments ou aux drogues, d'abus médicamenteux ou de drogues.

La dépendance peut survenir même en l'absence de ces facteurs favorisants. Si une perte d'efficacité survient lors de l'utilisation répétée du médicament, n'augmentez pas la dose. Pour plus d'information, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Arrêter BRUTALEMENT ce traitement peut provoquer l'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de signes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires, mais on peut observer également une agitation, une irritabilité, des maux de tête, un engourdissement ou des picotements des extrémités, une sensibilité anormale au bruit, à la lumière ou aux contacts physiques, etc...

Les modalités de l'arrêt du traitement doivent être définies avec votre médecin.

La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Risque d'un PHÉNOMÈNE DE REBOND

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire, avec réapparition TRANSITOIRE des symptômes (insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement.

Troubles de la mémoire

Des troubles de la mémoire sont susceptibles d'apparaître dans les heures qui suivent la prise du médicament.

Dans les heures qui suivent, il peut survenir une difficulté à coordonner certains mouvements (altération des fonctions psychomotrices), une diminution de la capacité à conduire, en particulier si :

- vous prenez ce médicament moins de 8 heures avant d'effectuer des activités nécessitant de la vigilance,

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60

1180001061465

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

110, rue ABOU Abdellah Nafii Casa Tel : 0522231323 Tel/Fax : 0522994444

Docteur SERRHINI Azzeddine

*Spécialiste en ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des yeux
Laser-Angiographie-Echographie
Chirurgie Vitréo-Rétinienne*

Casablanca le : 03.08.2023

COMPTE RENDU MEDICAL

OCT MACULAIRE

Patient: LAAROUS Fatima

ODG: Entonnoir foveolaire conservé. Epithélium pigmentaire homogène.
Pas d'anomalie au niveau de la couche des photorecepteurs.
Léger amincissement maculaire œil G.

Épaisseur centrale: OD: 188um OG: 143 um

Dr. SERRHINI Azzeddine
OPHTALMOLOGISTE
110, Rue ABOU Abdellah Nafii
MADRID - CASABLANCA
TEL. 0522231323 / 0522994444

Signé Dr Azzeddine SERRHINI