

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.

M23-0028001

Optique

16157

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **08327**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL KIHEL**

FOUAD

Date de naissance : **20/11/62**

Adresse : **Les Siesta Beach Resort G+16 N°13**

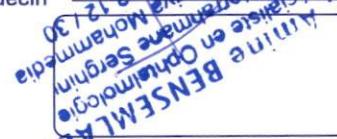
Mohammed

Tél. : **0661297225**

Total des frais engagés : **105.23** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15/09/2023**

Nom et prénom du malade : **Nourabet Keltaou**

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection ocul**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

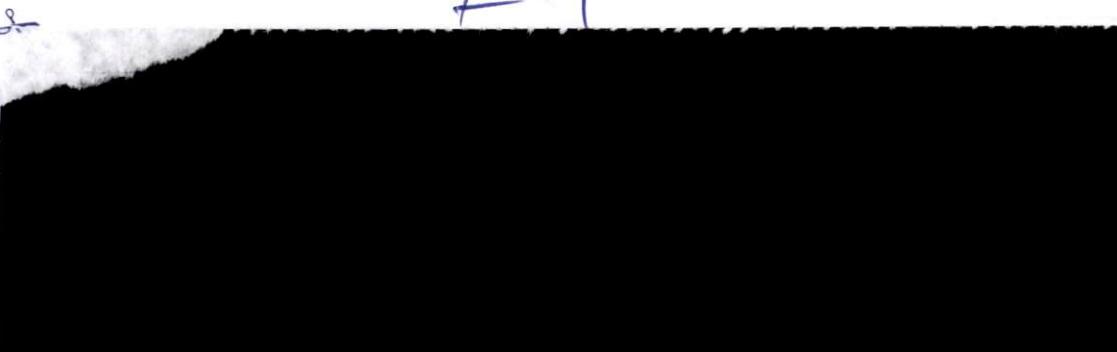
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **15/09/2023**

Le : **15/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

| RELEVE 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 |
| 15/03/2023 | Consultation | 300 DHS | | Signature et cachet du Médecin |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|-----------|-----------|
| | H | |
| | 255533412 | 21433552 |
| D | 000000000 | 000000000 |
| | 000000000 | 000000000 |
| | 355533411 | 11433553 |
| | | P |

[Création, remont, adionction]

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

A dental arch diagram showing upper and lower arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8. The lower arch has teeth numbered 1 through 8. Letters H, D, G, and B are positioned around the arches: H at the top, D on the left, G on the right, and B at the bottom. Arrows point from the letters to the corresponding arches.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



OPHTHALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Maladies et chirurgie de la rétine

Echographie, Laser, Angiographie, OCT, IVT

Diplômé de la faculté de médecine de CASABLANCA

Ancien médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts PARIS

اختصاصي في أمراض العيون

جراحة العدالة بالليزر

أمراض و جراحة الشبكة

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى 15 / 20 بباريس

15 septembre 2023

Mme MOURABIT Keltoum



DEXAFREE collyre

1 goutte 6 fois par jour pendant 7 jours , dans l'œil gauche
puis 1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours
puis 1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours



MYDRIATICUM 0.5 collyre

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

NAVITAE plus collyre

1 goutte 3 à 4 fois par jour , dans l'œil gauche, pendant 1 Mois

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

شارع عبد الرحمن الصرغيني إقامة راوية رقم 4 الطابق الأول (أمام محطة القطار) - المحمديّة

Av Abderrahmane Serghini Résidence RAWIYA 1er Etage N° 4 (en face de la gare ONCF)

Mohammadia Tél : 05 23 31 12 12 / 30 Urgence : 06 64 44 65 80 E-mail : dr.abensemlali@gmail.com

Mydriaticum 0,5 %, collyre en flacon de 10 ml.

Tropicamide

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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 pharmacien.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.



Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre ?
- Comment utiliser MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre ?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, COLLYRE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : MYDRIATIQUES ET CYCLOPLEGIQUES / ANTICHOLINERGIQUES

Code ATC : S01FA06 Tropicamide

environ 30 minutes.

- Dilatation pré-opératoire pour cataracte, photocoagulation :
- Instiller 1 ou 2 gouttes de collyre dans les 15 minutes précédent l'intervention.

Mode et voie d'administration

Voie locale.

EN INSTILLATION OCULAIRE.

Comme pour tous les collyres, effectuer, dans l'ordre, les opérations suivantes :

- Se laver soigneusement les mains.
- Eviter de toucher l'œil ou les paupières avec l'embout du flacon.
- Pour instiller ce collyre, regarder vers le haut et tirer légèrement la paupière inférieure vers le bas.
- L'œil fermé, essuyer proprement l'excédent, notamment sur la joue.
- Pour éviter l'ingestion surtout chez l'enfant voir rubrique 2 « Avertissements et précautions ».
- Afin d'éviter les effets systémiques induits par le passage de tropicamide dans la circulation générale par les voies lacrymales et par ingestion orale, il est recommandé, surtout chez l'enfant et le sujet âgé, de comprimer l'angle interne de l'œil pendant 1 minute après chaque instillation et d'essuyer l'excédent sur la joue.
- Refermer le flacon après utilisation.
- En cas de traitement concomitant par un autre collyre, espacer de 15 minutes les instillations.

Fréquence d'administration

Se conformer à la prescription médicale.

Durée du traitement

Se conformer à la prescription médicale.

Si vous avez utilisé plus de MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre que vous n'auriez dû

En cas d'instillation d'une quantité trop importante de médicament, prévenir IMMEDIATEMENT votre médecin.

2 situations sont possibles :

- soit par surdosage local