

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



183131

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3127 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : YOUSFI Khaled Date de naissance : 22/05/1976
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/2023
Nom et prénom du malade : YOUSFI Khaled Vice de refraction
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
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) :

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
26/10/2023	Csoph		25,000	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/23	309,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

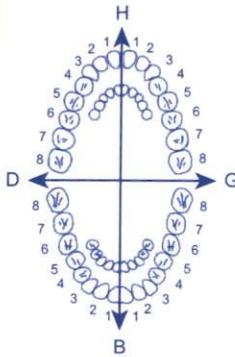
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/10/23					18,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0003980

Docteur : WAFI MIRIAM
Mr. : YOUSFI HAJAR

Nomenclature :

Montures : $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL } \text{optique} \\ \text{VP } \end{array} \right.$ 1000,00

Type de verres : monique

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 5° Cyl : 0,25 Sph : 400,00

OG : Axe : 175° Cyl : 0,50 Sph : 400,00

* VISION DE PRES :

OD : Axe : 0° Cyl : 0,00 Sph : 0,00

OG : Axe : 0° Cyl : 0,00 Sph : 0,00

Add : 0,00

= 1800,00 dhs

Total : mille huit cents dhs

Date : 27, 10, 13



Dr WAFI MIRIAM
Ophtalmologiste



الدكتورة وافي مريم
أخصائية أمراض وجراحة العين

Specialité Medico-Chirurgicale
(Université Hassan II-Casablanca)

Diplôme de Chirurgie Refractive
et Phacoémulsification (Toulouse)

Diplôme de Strabologie / Oculomotricité (Nantes)

Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)

Capacité de Medecine Aérospatiale (Paris V)

Diplôme d'OCT / Ophtalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire

دكتوراة الطب و التخصص

(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

دبلوم تصحيح النظر بالليزر

وجراحة الجلالة (تولوز)

دبلوم علاج وجراحة الحول (نانت)

دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة (بوردو)

دبلوم طب الطيران (باريس V)

فحص الشبكية بالموجات الضوئية OCT (بوردو)

الفحص الطبي/ رخصة السياقة

ORDONNANCE

LUNETTES/ VL :

26 OCT 2023

OD : (- 0,25 à 50)

OG : (- 0,50 à 175)

Verres organiques

Traitement anti-UV 100% et anti bleu
et lunettes solaires avec correction



PHARMACIE ANNA
Ismaili Mohamed ARNA
Docteur en Pharmacie
Inara 1, Rés Al Boustane Imm J
N°21, Casa - Tél: 05 22 52 13 99

Levophta coll : 2 fois /jour pdt 2 mois

Dexafree coll : 2 fois/ jour pdt 15j

Thealose coll : 2-3 fois/ jour pdt 2 mois

Imm 858, Lot 158. Bd el Qods, 3^{ème} étage (En face Agence Maroc Telecom), Mandarona - Casablanca

عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام وكالة اتصالات المغرب)، منظرنا البيضاء

Tel: 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DADUDI

Collyre en solution en récipient unidose
Phosphate de dexaméthasone

Dexafree 1 mg/ml,
Collyre en solution en récipient unidose
Phosphate de dexaméthasone

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Voir rubrique 4.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?
3. COMMENT UTILISER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose est un collyre en solution en récipient unidose, qui contient une substance active appelée dexaméthasone.

Cette substance active est un corticoïde qui inhibe les symptômes inflammatoires.

DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose est indiqué pour traiter l'inflammation de votre (vos) œil (yeux).

d'augmenter la pénétration de la substance active dans l'œil).

- **Jetez l'unidose** après utilisation. Ne la conservez pas pour une utilisation ultérieure.

Fréquence d'administration

4 à 6 fois par jour.

Durée du traitement

La durée du traitement varie généralement de quelques jours à 14 jours au maximum.

Si vous avez utilisé plus de DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose que vous n'auriez dû :

Rincez l'œil à l'eau stérile si vous avez instillé trop de produit dans votre œil et que vous ressentez une irritation prolongée.

Contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez d'utiliser DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose oubliée de prendre.

Si vous arrêtez d'utiliser DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose :



MA



Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Solution Ophtalmique

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

Solution pour la protection, l'hydratation et la l...
oculaire utilisée dans le soulagement des symptômes de l'œil sec.

Flacon ABAK - Sans conservateur.

COMPOSITION :

Tréhalose	3 g
Hyaluronate de sodium	0,15 g
Autres composants :	
Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p.	100 ml

Détenteur de la décision d'homologation :

 Laboratoires Théa - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires. Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran