

# 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.



# Déclaration de Maladie

M23-0016718

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	5745	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAGUERAD AICHA			
Date de naissance : 28/10/59			
Adresse : 94 lot Bouchra Sidi Naarouf CASABLANCA			
Tél. : 06.72.76.35.16		Total des frais engagés : 586,40 Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	06/10/2019	Age:	
Nom et prénom du malade :	Laguerad Aicha		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	affection oculaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	casual		
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 :	casual	Le :	04/10/2019
Signature de l'adhérent(e) :			

## 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.

## **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
01/12/13	Opht		250,-	Dr. EL OUALI Loubna Ophthalmologue Bd. Abou Badr El Kadiri Rés. Ahfoc Casablanca - Tél: 0520 40 59 59

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Nisrine BOUCHRA Lotissement Bouchra Sidi Mârouf Téle : 05 22 58 19 49</p>	4/12/2023	316,40

## **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
		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 :**

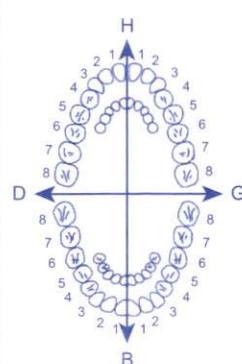
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



### [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

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Ex-Responsable de l'unité d'ophtalmologie à l'HCK
- The CPD UK certification of masterclass of refractive surgery
- Diplômée en :
  - Surface oculaire - Tours - France
  - Chirurgie vitréo-rétinienne - Nancy - France
  - Chirurgie réfractive et cataracte - Bordeaux - France

- عضوة بالجمعية الأوروبية للأمراض العينية
- رئيسة مصلحة العيون بمصحة الشيخ خليفة بن زايد سابقا
- شهادة CPD UK في جراحة العيوب الانكسارية
- حاصلة على بيلوم في :
  - أمراض الصمامية والقزحية (تور - فرنسا)
  - جراحة الشبكية والماء الزجاجي (ناسسي - فرنسا)
  - جراحة الساد "الجلالة" و جراحة العيوب الانكسارية (بوردو ، فرنسا)

04 décembre 2023

Mme LAGUERAD Aicha

104,00

PHYLARM 10ml(solut° isotonique de nacl)



1 toilette oculaire, deux fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

27,90

DESOMEDINE: collyre cl



1 gouttes 3 fois/jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

27,50

ICIN

1gtte 3 fois par jour , dans l'œil droit, pendant 10 jours

157,00

THEALOSE collyre



AAROUF

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

316,40

صيدلية حي بنشري  
Pharmacie HAY BOUCHRA  
Dr.Nisrine BOUCHRA  
Tassement Bouchra Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél : 05 22 58 19 49

Dr. EL OUALI Loubna  
Ophtalmologue  
3d. Abou Badr El Kadiri Res. Ahfad  
Casablanca - Tél: 0520 40 59 50

شارع أبو بكر القادياني، إقامة أحفاد، عمارة د، الطابق الأول، رقم 5 سيدى معروف - الدار البيضاء

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Immeuble D, 1<sup>er</sup> étage, N° 5, Sidi Maârouf - Casablanca

Tél : 05 20 40 59 59 / 06 18 04 52 41 - Email : drloubna.elouali@gmail.com

STERILE A



25°C

مقدام

فاتح أول تاريخ  
Date de première ouverture



# héalose

Hyaluronate de sodium  
otion Ophtalmique

émentation et la lubrification de la surface  
ment des symptômes de l'œil sec.

Solutio  
oculai

Flacon

COMF

Tréhal

Hyalu

Autres

Chlor

injecte

Déter

Flacon  
Trehal  
Hyalu  
Autres  
Chlor  
injecte  
Déter



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

1. Acide chlorhydrique, Eau pour préparations  
..... 0,15 g  
nologation :  
2 Louis Blériot  
..... 100 ml  
Cedex 2 - France

6.



VILLEMONTEIX/0722

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.

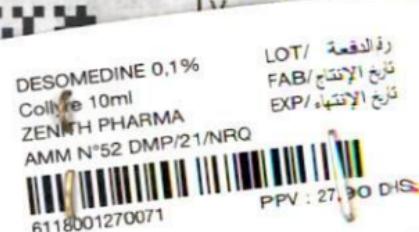
THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.

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,

# Désomédine® 0,1%

Di-iséthionate d'hexamidine

collyre en solution



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

ent ensuite scrupuleusement les informations fournies dans le pharmacien.

voir besoin de la relire.

pour tout conseil ou information.

ables, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique

sin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez mal après le traitement.

ne pas porter ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DESOMEDINE® 0,1%, collyre en solution et dans quels cas est-il utilisé ?
  2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DESOMEDINE® 0,1%, collyre en solution ?
  3. Comment utiliser DESOMEDINE® 0,1%, collyre en solution ?
  4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
  5. Comment conserver DESOMEDINE® 0,1%, collyre en solution ?
  6. Contenu de l'emballage et autres informations.
1. QU'EST-CE QUE DESOMEDINE® 0,1%, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique Antiseptique - code ATC : S01AX08

Ce médicament est une solution pour instillations dans l'œil. Il est destiné à lutter contre les bactériennes de l'œil et de l'oreille, les virus et les mycoses de l'œil et de l'oreille, les mycopharmites,

passage des substances actives dans le reste de votre organisme. L'œil fermé, essuyez proprement l'excédent.

Rebouchez le flacon après chaque instillation.

Durée du traitement

Traitement limité à 10 jours. Au-delà, la conduite à tenir devra être réévaluée.

Si vous avez pris plus de DESOMEDINE® 0,1%, collyre en solution que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

En cas de surdosage, rincer au sérum physiologique stérile.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables.

Important: lire attentivement!

Icin®

Ce collyre est destiné à l'adulte, l'adolescent (12-16 ans), l'enfant (2-11 ans), le nourrisson et l'enfant en bas-âge (28 jours à 23 mois) et le nouveau-né (0-27 jours).

Indicatif la posologie usuelle est la suivante :

PPV: 27DH50

Exp:

Fab:

Lot:

0 0 A  
1 1 A  
0 0 4  
2 2 0  
5 4 0

Icin®

10 ml

104.00 DHS

161

PPC

HER MEDIC

faire aux intervalles suivants, même

2 gouttes dans l'œil atteint toutes les 15 premières heures puis 2 gouttes toutes le reste de la journée.

2 gouttes dans l'œil atteint toutes les

seconde jour, mettre 2 gouttes dans l'œil infecté(s). Si nécessaire un traitement que est laissé à l'appréci-

ens :

ou 2 gouttes dans le œil infecté(s) toutes les ou 2 gouttes toutes les 4 bactérienne.

adaptés selon l'appréci-

MER STRICTEMENT A