

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.

M23-0029990

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **571** Société : **R.A.M**

Actif Pensionné(e) Autre : **RETRAITE**

Nom & Prénom : **WARID BOUZZA** **200107**

Date de naissance : **1945**

Adresse : **AIN CHIFA I Rue 1 n° 80 CASA**

Tél. : **06 05 95 47 10** Total des frais engagés : **2228,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : **04 MARS 2024**

Nom et prénom du malade : **WARID BOUZZA** Age : **79 ANS**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Opération aux yeux**

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 : **CASA** Le : **07/03/2024**

Signature de l'adhérent(e)

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
04 MARS 2023	30000	c2	32000	11.03.2023 Dr. El HADJ OULD OULD MOURID Résident en Médecine Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE VILLEMEDE</i> <i>05322 10 00 00</i> <i>2010</i> <i>2010</i>	04/03/24	28,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

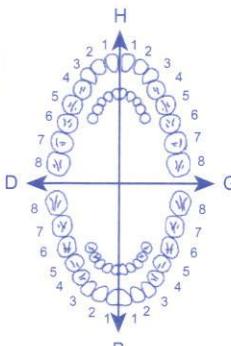
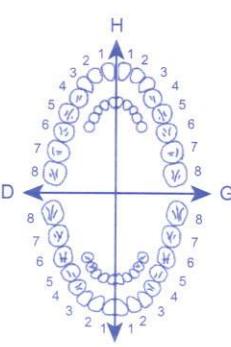
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
MOTASSIM SIHAM KADER OPTIQUE OPTICIENNE - OPTOMETRIE 404, Av. Abdellah Senhaji Drissia 1 Tel 0522 28 70 73 -Fax: 0522 80 18 36 Casablanca	01/02/2014					1900,00

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hôpital de Mohammadia

الدكتورة العسري حلية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le : 04 MARS 2024

WA AID BOU AZZA

Réseaux pour signes lointains
photochromiques

$$OD = (-1,50 \text{ à } 50^\circ) - 0,25$$

$$OS = (-1 \text{ à } 50^\circ) - 0,25$$

Réseaux pour signes près

$$OD = (-1,50 \text{ à } 50^\circ) + 2,75$$

$$OS = (-1 \text{ à } 50^\circ) + 2,75$$

MOTASSIM SIHAM
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMÉTRIE
404, AV Abdellah Senhaji Drissia 1
Tél 0522 28 70 73 - Fax: 0522 80 18 36
Casablanca

Dr El ASRI Halima
Ophtalmologue
Centre d'ophtalmologie
59, Bd. Zerkouni Casablanca
Résidence les Fleurs

Important: Lire Attentivement!

Icomb®

Tobramycine 3 mg (0,3%) et dexaméthasone 1 mg (0,1%)

Suspension ophtalmique stérile

DESCRIPTION :

Chaque ml d'Icomb® contient :

Principe actif : Tobramycine 3 mg (0,3%) et dexaméthasone 1 mg (0,1%).

Excipient à effet notoire: Chlorure de Benzalkonium.

Fab:

Exp:

PPV : 28DH30

PROPRIETES:

La dexaméthasone est un corticostéroïde synthétique, aux propriétés anti-inflammatoires que l'hydrocortisone dans son action anti-inflammatoire. La Tobramycine est un antibiotique aminoglycoside qui est actif contre plusieurs souches de bactéries à gram-négatif, y compris le bacille pyocyanique.

INDICATIONS:

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

MISE EN GARDE :

Ne pas injecter directement dans l'œil.

Utilisation de lentilles de contact : Icomb® contient un conservateur, le chlorure de benzalkonium, qui peut provoquer une irritation oculaire. Retirer les lentilles de contact avant l'instillation du collyre et attendre au moins 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium est connu pour colorer les lentilles de contact souples.

CONTRE-INDICATIONS:

Hypersensibilité à l'un des constituants. Kéратite épithéliale herpétique, vaccin, varicelle et plusieurs autres maladies virales de la cornée et de la conjonctive. Infections bactériennes de l'œil. Infections fongiques de l'œil. Extraction chirurgicale d'un corps étranger cornéen et glaucome.

EFFETS INDESIRABLES:

L'utilisation prolongée de corticostéroïdes topiques peut entraîner un glaucome, affectant le nerf optique, et causant une altération à la vision. Si Icomb® est administré pendant plus de 10 jours, la pression oculaire doit être surveillée par le médecin traitant.

L'utilisation prolongée des corticostéroïdes peut augmenter le risque d'infections oculaires secondaires, masquant une infection sévère. Comme avec tout autre antibiotique, l'utilisation prolongée peut entraîner la croissance de germes résistants. Le traitement ne doit pas être suspendu trop tôt, pour éviter une rechute de l'infection, une cicatrisation retardée et la formation de cataracte sous capsulaire postérieure.

UTILISATION CHEZ LES ENFANTS:

La sécurité et l'efficacité de cette préparation chez les enfants n'a pas été établie.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT:

Il n'est pas connu si ce médicament peut nuire au fœtus quand il est administré à une femme enceinte ; le passage du médicament dans le lait maternel n'est pas connu ;

Grossesse : ne doit être administré que si le bénéfice justifie le risque potentiel sur le fœtus.

Allaitement : en cas de prescription de ce médicament, l'allaitement est déconseillé.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Instiller une goutte dans le cul-de-sac conjonctival toutes les 4 à 6 heures en fonction des symptômes.

La fréquence des instillations pourra :

- être augmentée si la symptomatologie le nécessite,
- puis être diminuée progressivement en fonction de l'amélioration des signes cliniques.

La durée du traitement est à adapter en fonction de la symptomatologie.

PRESENTATION:

Icomb® se présente sous forme de suspension ophtalmique stérile, 5 ml en flacon Polyéthylène basse densité.

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.

Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Bien agiter avant l'utilisation.

Tableau A (liste I).

Docteur EL ASRI Halima

OPHTHALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

الدكتورة العسري حليمة

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

ليزد - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le : *84 MARS 2024*

WARIS BWAZZA

283°

*100mls 1/10
100 x 30s/15 / 10°*

*Dr Halima El Asri
59, résidence les fleurs
Casablanca - Maroc*

*59, résidence les fleurs
Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37
05 22 80 44 61
Bd. Zerkouni - CASABLANCA*

404, Av. Abdellah Senhaji
Idrissia 1 -Casablanca
Tél : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36

KADER OPTIQUE

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

IF : 02520198
ICE : 001823017000027
INP : 095004081

O.D. = (-1.50 à 90°) 0,25 ADD. = +3.00
O.G. = (-1.00 à 90°) 0,25 ADD. = +3.00

FACTURE N° 000631

Casablanca ,le 07/03/2024

M WARID BOUAZZA

Ordonnance du docteur El ASRI

NRS de nomenclature
corespondants à
la prescription

Loin { O.D. =
O.G. =

Prés { O.D. =
O.G. =

D.F. { O.D. = 431
O.G. = 431

FOURNITURE :

Montures :	Optique x 2	200 x 2	400,00
Verres :	Phg (VL)	150 x 2	300,00
	ORMA Blanc (VP)	300 x 2	600,00
TOTAL :			<u>1300,00</u>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille neuf cent DHS

MOTASSIM SIHAM
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1
Tél 0522 28 70 73 -Fax: 0522 80 18 36
Casablanca