

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-444249

(LL10)

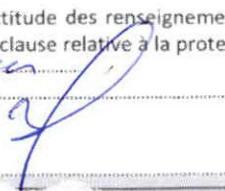
BES VOU CS

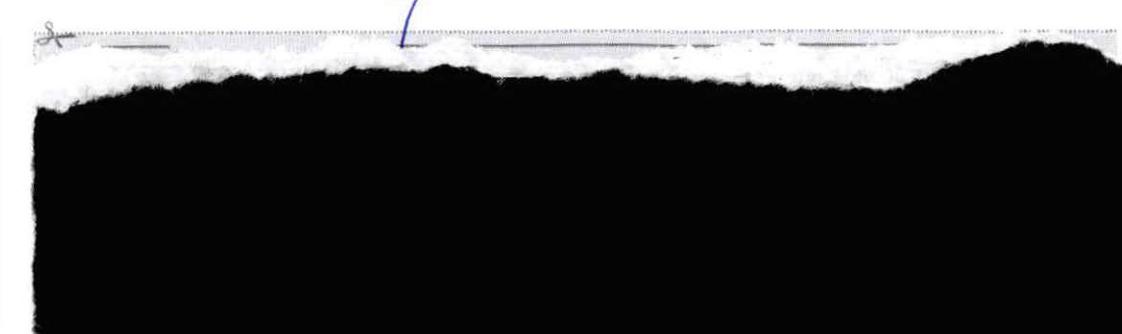
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10387</b>	Société : <b>RAA</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>A22AB</b> <i>Dohamed</i>
Nom & Prénom : <b>A22AB Dohamed</b>			
Date de naissance : <b>06/11/1974</b>			
Adresse : <b>3 rue Rafael Tarikhal Fci. Fred El Fontanha Imme App.11 Ain Bouja</b>			
Tél. : <b>06 62 77 09 25</b>	Total des frais engagés : <b>366,90</b> DHS		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : <b>23 NOV. 2019</b>	Age : <b>14/11/17</b>
Nom et prénom du malade : <b>AZZARAS RENZA</b>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <b>23 Nov 2019</b>
Nature de la maladie : <b>Affection oculaire</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Accident de la route</b>	
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 : **Casablanca** Le : **23 NOV. 2019**

Signature de l'adhérent(e) : 



#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

2-3 NOV. 2019

23 NOV. 2019 C<sub>3</sub> 250

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Dr. ZOOURH Hassan et Rue Leibsen Quidder - Casablanca Tél: 0522 44 57 50</p>	23/01/99	116.95

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

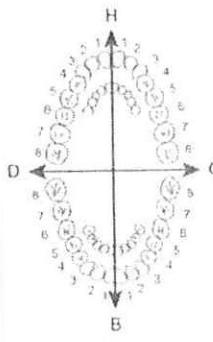
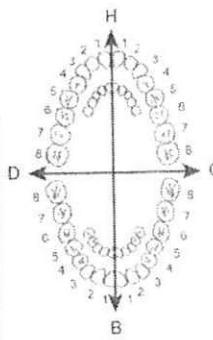
#### NON-ADHERENT

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
26533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			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 BERRADA Med Ben Mehdi**

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

A. CIO-LASER DE LA RETINE

LASER DE LA MYOPIE

LENTILLES DE CONTACT

Diplômé de la faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

sur Rendez-vous

**الدكتور براة محمد بن المهدى**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الشبكة بالأشعة الليزر

علاج قصر النظر بالليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقًا بالمستشفى الجامعي ببوردو

بالموعد

CASABLANCA, le ..... 23 NOV. 2019

صيدلانية  
PHARMACIE LA RESIDENCE  
Dr. ZOUHRA El Hassan  
449, Avenue Bd de la Resistance  
et Rue Lahcen Ouard - Casablanca  
Tél: 0522 44 57 50

AZZAB Kenza

Vitestop

68,00

5.2

Igote

5.2

349 000 2 100.

Stanted

26,40

5.2

120 le tour 000 + 120.

Breuer

22,50

5.2

100. 2 100. 2 80.

118,90

110, Rue El Wahda - Casablanca  
Tél: 05 22 22 90 45 / 46  
Opticalmedic.com  
Dr BERRADA

110. زنقة الوحدة، زاوية شارع وحالى المسكيني (جنب فندق واشنطن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 90 45 / 46  
110, Rue El Wahda, Angle Bd Rahal El Meskini (Côté Hôtel Washington) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 90 45 / 46 - Email : berradaoph@hotmail.fr

في حالة استعجال : 06 61 17 30 60

# VITADROP™

RESTORING EYE DROPS WITH SODIUM HYALURONATE AND VITAMIN B12

REFRESHING, SOOTHING SOLUTION PROTECTS AND REVITALIZES STRESSED OR TIRED EYES



777141EPL

10 ml

#### Composition:

Sodium Hyaluronic Acid 0.15%, Protector™, Vitamin B12, Calcium Chloride Dihydrate, Magnesium Chloride Hexahydrate, Boric Acid, Sodium Chloride, Potassium Chloride, Oxyd™ 0.06%, Distilled water.

#### Description:

Vitadrop™ is designed not only for comfort but it's a refreshing and revitalizing ophthalmic solution containing 0.15%, whose activity is optimised and protected by the Protector™, a filmogenous polymer.

Vitadrop™ contains electrolytes (chlorides, magnesium) essential for the cellular biochemistry. The hypotonicity of the solution helps to keep the ocular condition.

The unique presence of Vitamin B12 provides protection against damage caused by oxidative free radicals and helps to maintain the health of the eye. The Hyaluronic Acid contained in the product is of animal origin.

Vitadrop™ also contains Oxyd™, a unique new preservative that keeps the solution sterile and helps to reduce irritation of the eye by other types of preservatives commonly used. Oxyd™ is a non-toxic preservative because, on contact with the eye, it is converted into water-soluble substances such as boric acid and sodium chloride. These substances occur naturally in the tear film and do not irritate the eyes.

#### Indications:

Vitadrop™ provides relief to stressed and tired eyes. It is suitable for people complaining of irritation, itching, burning, etc, due to atmospheric conditions, intense and prolonged use of air conditioning, heating or prolonged use of computers. The unique presence of Vitamin B12 in the formulation increases the levels of the vitamin in the tear film, protecting and reviving the ocular tissues.

The Vitadrop™ formulation is rose-coloured due to the presence of cyanocobalamin, but it does not stain either clothes or skin. The remaining light colouration disappears in the tea after a few minutes.

Vitadrop™ is compatible with all types of contact lenses.

#### Directions for use:

- Wash and rinse your hands thoroughly.



• Do not use if the package is damaged.

• To open the bottle, unscrew the top completely and break the safety seal.

• Place 1 or 2 drops in each eye as required or according to the physician's advice.

# VITADROP™

RESTORING EYE DROPS  
WITH SODIUM HYALURONATE  
AND VITAMIN B12

REFRESHING, SOOTHING SOLUTION  
PROTECTS AND REVITALISES  
STRESSED OR TIRED EYES

10 ml

+OXYD™

+PROTECTOR™



RIMA PHARMA  
PVC : 68,00  
8 028117 714100



# Sterdex®

pommade ophtalmique en récipient unidose - Dexaméthasone, Oxytétracycline

TE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN  
PHARMACIEN.

## DE SPÉCIALES

En cas d'allergie, le traitement doit être arrêté. Chez certains patients, peut entraîner une augmentation de la pression oculaire et/ou un SATION.

## EMPLOI

amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, médecins.

traitement prolongé par cette pommade, une surveillance par est nécessaire.

ger le traitement au-delà de la date prévue sans avis médical (risque de égigeable du corticoïde dans la circulation générale).

tement par un collyre, instiller ce collyre au moins 15 minutes après la pommade ophtalmique.

illes de contact est à éviter durant le traitement.

de est présentée en récipient unidose. Le récipient unidose doit immédiatement après usage et ne doit pas être conservé en vue d'une

UTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU MACIEN.

## MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, ER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A OU A VOTRE PHARMACIEN, notamment des médicaments pouvant troubles du rythme cardiaque (astémizole, bêpridol, érythromycine arté-veineuse, halo-fantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, carmine), des médicaments luttant contre l'acné (les rétinoïdes) et particulier si vous êtes déjà traité par un autre collyre. d'anticoagulants et aspirine, veuillez info

## ALLAITEMENT

ne de ne pas utiliser ce médicament pend

vrez que vous êtes enceinte pendant le seul peut juger de la nécessité de le po ce médicament est contre-indiquée pend votre grossesse.

ce médicament est déconseillée pend énrale, il convient au cours de la gro ender l'avis de votre médecin ou de votre

## CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MA

En cas de gêne oculaire importante liée à l'oeil, il est recommandé d'attendre la fin de ou utiliser une machine.

## SPORTIFS

Sportifs, attention, ce médicament contient u induire une réaction positive des tests pratiqu

## COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

### POSOLOGIE

RESERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PL 1 à 3 applications par jour.

- Appliquer la pommade contenue dans le conjonctival inférieur de l'œil malade ou du bord de la paupière.
  - Pour ce faire, après s'être préalablement débarrassé du récipient unidose avec une paire de ciseaux, ouvrir le récipient unidose pour en extraire la pommade.
  - Puis tirer la paupière vers le bas tout en gardant la pommade entre la paupière et le globe oculaire.
- CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRÉCISE :
- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE TYPE DE TRAITEMENT.
  - NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE.

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie locale. En application oculaire. Ne pas arroser les yeux. Cette pommade est présentée en récipient unidose à appliquer immédiatement après usage et ne doit pas être conservé en vue d'une prochaine utilisation.

## DURÉE DU TRAITEMENT

La durée du traitement est en moyenne de 10 à 14 jours. Ne prolongez pas l'utilisation plus de 14 jours.

ENANTS

CERTAINES

urit et gonflement, gêne de la vision, irritation de la peau, le,



12 récipients unidoses

Sterdex®

