

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ptique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **entaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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**

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

ND: 34077

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0901753

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2020

Age:

Nom et prénom du malade : Bourja Fatima

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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) :



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 03/07/2020      |                   |                       | 3000H                           | DR. LAOUSSI NADIA<br>Professeur en Orthodontie<br>Sise à 76 Boulevard Abdellatif Ben<br>Résidence Neuromédia<br>Casablanca - Tél/Fax: 0522 99.46.00 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 03/07/2020 | 180,-                 |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  | 11-07-2020     |        | 100% |    |    | 2700,-                          |
|                                  |                |        |      |    |    |                                 |
|                                  |                |        |      |    |    |                                 |
|                                  |                |        |      |    |    |                                 |

# 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 canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | Coefficient des Travaux |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 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

## Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agree en Médecine Aérospatiale

## الأستاذة لعويسى. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب والمصيلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca le :

3-7-02

BOURSA Fatima

lunettes 2 paire

05 / 05 (40° - 0,50) + 2  
05 / 05 (105° - 0,50) +  
2,50

Vf / o DG add 2,00

Hydrogel (SV)  
1g/100 ml

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tel/Fax: 052 99 46 00

# AL HORRIA OP

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



# بصريات الحرية

عن الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
دار البيضاء

Nº 004198

Docteur : N. Lamine  
Mr. : Bourja Fatima

## Nomenclature :

|                  |                        |                   |             |   |
|------------------|------------------------|-------------------|-------------|---|
| Montures :       | VL                     | <u>Op. bi que</u> | <u>6 W,</u> | - |
|                  | VP                     | <u>Op. bi que</u> | <u>4 W,</u> | - |
| Type de verres : | <u>Arganique An</u>    |                   |             |   |
|                  | <u>Arganique Blanc</u> |                   |             |   |

## \* VISION DE LOIN :

|      |                   |                    |                    |              |   |
|------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------|---|
| OD : | Axe : <u>40°</u>  | Cyl : <u>-0,50</u> | Sph : <u>+9,00</u> | <u>5 W,</u>  | - |
| OG:  | Axe : <u>105°</u> | Cyl : <u>-0,50</u> | Sph : <u>+2,50</u> | <u>5 IN,</u> | - |

## \* VISION DE PRES :

|      |             |                    |             |             |   |
|------|-------------|--------------------|-------------|-------------|---|
| OD : | Axe : ..... | Cyl : .....        | Sph : ..... |             |   |
| OG:  | Axe : ..... | Cyl : .....        | Sph : ..... |             |   |
|      |             | Add : <u>+2,50</u> |             | <u>7 W,</u> | - |

= 8700 ca

Total : Dix mille sept cent DA

Date : 11/07/12



## Mode d'emploi

Veuillez lire attentivement ces informations, elles vous aideront à utiliser correctement HYLO®-GEL.

# HYLO®-GEL

Hyaluronate de sodium 2 mg/ml

Pour l'hydratation intensive, thérapeutique de la surface de l'oeil en cas de sensation de sécheresse oculaire sévère et chronique ainsi qu'après une chirurgie des yeux.

### Qu'est-ce que HYLO®-GEL ?

HYLO®-GEL est un collyre stérile, sans phosphate et sans conservateur, contenant 2 mg/ml d'hyaluronate de sodium, un tampon citrate, du sorbitol et de l'eau.

### À quoi sert HYLO®-GEL ?

Pour l'hydratation intensive, thérapeutique de la surface de l'oeil en cas de sensation de sécheresse oculaire sévère et chronique ainsi qu'après une chirurgie des yeux.

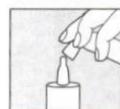
### Quand faut-il utiliser HYLO®-GEL ?

HYLO®-GEL contient le sel de sodium de l'acide hyaluronique, une substance naturelle, qui se trouve dans l'oeil et dans d'autres parties du corps. Grâce à ses propriétés particulières, il forme un film hydratant régulier, stable et adhérant particulièrement longtemps sur la surface de l'oeil, qui ne peut être éliminé rapidement. Grâce à cette caractéristique bioadhésive ajoutée aux larmes naturelles, la cornée et la conjonctive sont soignées et la lubrification est idéale pour le battement de paupière. HYLO®-GEL contient une quantité particulièrement élevée d'acide hyaluronique et est donc très visqueux. L'oeil est ainsi recouvert d'un film humide stable particulièrement intensif et durable. Les troubles continus ou plus importants sont soulagés et l'oeil est durablement protégé des irritations.

La régénération des tissus superficiels de l'oeil exigent une hydratation suffisante. L'utilisation de HYLO®-GEL sur la cornée et la conjonctive pendant une longue période favorise ainsi le déroulement optimal du processus de guérison.

HYLO®-GEL est sans conservateur, ce qui fait qu'il est très bien toléré. De plus, HYLO®-GEL est sans phosphates et permet d'éviter des complications éventuelles dues à des dépôts dans la cornée.

### Comment utiliser HYLO®-GEL



Retirer le capuchon



Avant la première utilisation d'HYLO®-GEL à l'oeil, verser quelques gouttes en position horizontale sur le fond de l'œil. La goutte apparaîtra alors immédiatement et sera ainsi prête à l'emploi. Maintenir le flacon à l'horizontale, vers le bas, en positionnant l'embout contre le fond de l'œil.



Comme indiqué, tenir le flacon à l'horizontale.



Incliner la tête légèrement vers l'arrière, la tête libre, éloigner de l'oeil et appuyer doucement sur le centre du fond de l'œil pour délivrance d'une goutte. La valve particulière empêche la vitesse des gouttes de sortir du flacon. Fermer le flacon pour une répartition régulière.



Après utilisation, essuyer l'excès de liquide. S'assurer que l'embout n'est pas en contact avec l'oeil ou la peau.



Le flacon COMOD® permet de délivrer jusqu'à 300 gouttes environ. La quantité résiduelle de liquide dans le flacon après utilisation de HYLO®-GEL est de l'ordre d'un flacon de HYLO®-GEL pour une personne.

Les autres points

Le flacon HYLO®-GEL doit être complètement vidé au bout de 30 minutes au maximum.