

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

## Informations 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.

## Biologie 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**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 058486

N° D: 43094

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12008

Société : DAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Hajar

Date de naissance : 28/10/1977

Adresse : 81, bd du 11 janvier esq gauche

3ème étage N° 8

Tél. 0661388687

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BADAOUI Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE  
27, Rue Farhat Hachad  
Tél.: 05 22 26 61 68 - Casa

Date de consultation : 05/10/2020

Nom et prénom du malade : SAHL OMARIYASS

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

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 : Casablanca


Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


ACCUEIL



# 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
05/10/2020	X		300,00	 <b>Dr. BADAOU Abdellatif</b> <b>OPHTALMOLOGISTE</b> 27, Rue Fayhat Hachad Tél.: 05 22 26 61 68 - Casa

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie Méditerranée</b> Dr. A. Zakaria Hachad Docteur en Chimie Doctorat d'état en Pharmacie 68, angle Bd du 14 Juillet et Moulins B.P. 1000 - 20000 CASABLANCA Tél.: 0522 22 44 95 Fax: 0522 20 36 67 E-mail: shmedzakaria@casapost.com	05/10/2020	152,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

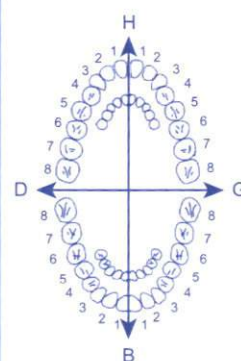
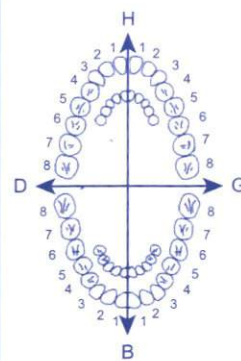
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

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"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B		B																						
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء  
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولى بفرنسا  
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le

05/10/2020

في البيضاء

Enfant SAHLI Omar

ILY 483

- EXOCINE 0.3%

1 goutte, le matin le midi 16h et soir, dans l'oeil droit,  
pendant 2 semaines

- CELLUVISC

1 goutte, le matin le midi 16h et soir, dans l'oeil droit,  
pendant 2 mois

- DESOMEDINE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit, pendant 8  
jours

PANSSEMENT OCULAIRE STERILES  
ARV DANS 48H

HARMACIE OULI  
Narjisse BENNANI  
27 Rue Ferhat Hachad  
Casablanca  
0522 26 61 68 / 0522 22 12 96

F. BADAOUI Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Ferhat Hachad  
27 26 61 68 - Casa

Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad  
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablancalaserision.com







# EXOCINE® 0.3%

Ofloxacin en collyre



PPV : 40DH40

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que EXOCINE® 0.3%, collyre et dans quel cas est-il utilisé ?
  2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser EXOCINE® 0.3%, collyre ?
  3. Comment utiliser EXOCINE® 0.3%, collyre ?
  4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
  5. Comment conserver EXOCINE® 0.3%, collyre ?
  6. Informations supplémentaires
- 1. QU'EST-CE QUE EXOCINE® 0.3%, COLLYRE ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**
- EXOCINE® est indiqué dans le traitement topique des infections oculaires extrêmes (comme la conjonctivite et la kerato-conjonctivite) dues à des germes sensibles à l'Ofloxacin.



# Désomédine® 0,1%

Hexamidine di-isétionate

Collyre en solution



**Veuillez lire attentivement l'intégralité des informations importantes pour vous.**

Ce médicament est disponible sans ordonnance pour le traitement des maladies bénignes sans l'aide d'un médecin. **DÉSOMÉDINE® 0,1%, collyre en solution** vous permet d'obtenir le résultat.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

elle contient des  
DESOMEDINE 0,1%  
Collyre 10ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 27,90 DHS  
ADSP n°52 DMP/21/NRQ

onc de soigner  
s devez utiliser  
d'en obtenir le

## Composition :

- La substance active est le di-isétionate d'hexamidine ..... 0,10 g
- Les autres composants (excipients) sont le chlorure de sodium, l'acide borique, le borax et l'eau purifiée ..... q.s.p. 100 ml

## TITULAIRE ET EXPLOITANT

Laboratoire Chauvin  
416, rue Samuel Morse  
34000 MONTPELLIER – France  
AMM Tunisie n° 5283081  
D.E Algérie n° 08/17E158/096

## FABRICANT

Laboratoire Chauvin  
Z.I. Ripotier Haut  
07200 AUBENAS – France



**NOTICE :**  
**INFORMATION DE L'UTILISATEUR**



# **CELLUVISC®**

**4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose**  
**Carmellose sodique**

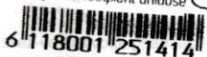
**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous remarquez des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin.

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
  2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
  3. COMMENT UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
  4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
  5. COMMENT CONSERVER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
  6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
- 
1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?