

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUUPRAS 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3511 Société : ADAFY

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAKHNA BENNANI Sahid

Date de naissance : 9/12/1949

Adresse : 176 Résidence AZUR TAHARES

Tél. : 0639031537 Total des frais engagés : 353 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2021

Nom et prénom du malade : DAKHNA BENNANI Sahid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection dentaire

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 :

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 26/12/2021

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
10/10/2023	S		contenu	Dr. S. Boulahrouz Rés. Palmier sur Ibrahim Roudani Entrée 1 ^{er} Etage, Appt. 3 - Tel : 0522 98 88 66 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D' ABOUZAZZA Dar Bouazzza BP 93 0522 29.01.74 - Dar Bouazzza	18.11.22	353,20 Dhs

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 :

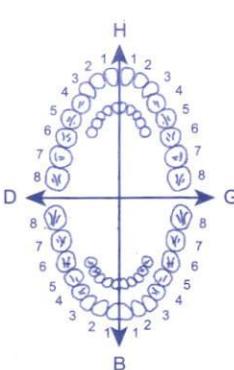
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC.

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

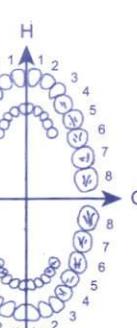
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 18/01/2022

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant SAHID BEN NASSER

SAHID

99,00 • PHYLARM
1 Rinçage 2 fois par jour



58,00 • INDOCOLLYRE
1 goutte 4 fois par jour



45,90 • EXOCINE Collyre ou CILOXAN
1 goutte 4 fois par jour
1^{er} Etage, Dar Bouazza
Casablanca



20,20 • CILOXAN OU FRAKIDEX Pommade
1 Application 1 fois par jour le soir



30,10 • MAXIDROL Collyre
1 goutte 4 fois par jour



18,00 + 30,10 • COMPRESSES OPHTALMO STERILES



51,40 • CATEX CP 250 MG
1cp 2 fois par jour pendant 5 jours



353,10 • PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI Amma Kaouthar DGADEG
Dar Bouazza Oul'd Jerrar BP 93
Tél. : 0522 29 01 74 Ophtalmologue
Dr. Palmer Bd. Ben Sliman Entrée B9
Appt. 3 - tél : 0522 28 38 66
Casablanca Traitement œil ...
Urgence 24/24 Traitement de 1 mois

**sterile
hypoporeux**

COMPRESSE OCULAIRE

**stérile, adhésive,
transpirante,
hypoallergénique.**



STERILE R

CE
0546

10 compresses 6,5 cm x 9,5 cm

Homologué par le MSP sous N° : DM 2000/0289

LOT

D H 30.00



5000411

AFRIC-PHAR

LOT

EXP

20D021

11/2023

PPV : 90DH50

06/18

Catex® 250 mg

Ciprofloxacin

20 comprimés pelliculés

Voie orale

Composition par comprimé pelliculé

Ciprofloxacine (DCI) 250 mg

sous forme de chlorhydrate monohydraté

Excipients : q.s.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice avant utilisation

Demandez l'avavis du médecin ou du pharmacien en

cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE ET LA VUE DES ENFANTS

conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

العلبة تحت فرض ملائمة
للبرودة كثيرة المطر 250 مللي

على شكل : الكبسولة الكافية
لـ 5 ملليلتر، قرابة الماء والاحتياطات الاستعمال :

البرودة قرابة الماء والاحتياطات الاستعمال :

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm



HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

16 ur.

seriles de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**

AMM N°30/19/DMP/21/NR0DM
Agadir - Maroc. PPI : 20.80 dh
96 zone industrielle Tassilia Inezgane.
Distribué par : ZENTHPhARMA.
FRAKIDEX Pom. Ophtha. 5 g

DÉTENTEUR DE LA D.E / DE L'AMM:

صاحب مقر التسجيل، حامل الرخصة:

LABORATOIRE CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - CS 99535

34961 Montpellier Cedex 2, France

Nom et adresse du fabricant / conditionneur:

اسم و عنوان المصنع / المعين

Dr. Gerhard Mann

Chem.-pharm. Fabrik GmbH

Brunsbütteler Damm 165/173

13581 Berlin, Allemagne

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.
NE LAISSER NI À LA PORTEE NI À LA VUE DES ENFANTS. A conserver à une température inférieure à 25°C.

Frakidex est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales. © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

حالات الاستعمال والمقادير:

اقرأ النشرة بانتهاء. يوضع على العين.

لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.

Liste 1

القائمة [

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
احترم الجرعات الموصوفة

NE PAS AVALER
لا يبتلع

FRAKIDEX® فراكيديكس

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine

فوسفات ديكاميثازون صودي/ سولفات فراميسيتين

Pommade ophtalmique / مرهم للعين

BAUSCH + LOMB

COMPOSITION :

Phosphate sodique de dexaméthasone 0,1 g,
Sulfate de framycétine 315 000 UI.
Excipients : vaseline, paraffine liquide q.s.p. 100 g

التركيب: فسفات صودي ديكاميثازون 0.1 غ
سلفات فراميسيتين 315 000 وحدة دولية
سواغات: فازلين. بارافين سائل لك ل 100 غ

AMM France n° / 326 452 1 3
رخصة فرنسا رقم

CLV Algérie n° /

مقرر تسجيل الجزائر رقم

096/125/01

AMM Tunisie n° /

5283073 رخصة تونس رقم



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

كن حذرا

تجنب القيادة قبل

قراءة النشرة

Tube de 5 g / أنبوب 5 غ

04.2021

04.2023

Date de
fab
Date Exp

191

Lot

SOCIETY FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE

卷之三

Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la

A yellow triangle containing a car icon, with the text "NIVEAU 1" to its right.

عنوان: تثليث AMN au Maroc:
المؤلف: صاحب رخصة التسويق بالغرب
الناشر: كن حذر لا تقد السيارة دون قراغة

Laboratoires SO'THEMA
B.P. N°1 - 27182
Bouskoura-Maroc

Fabricant :
المصنعة :
Alcon-Couverg N. V.
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique

Alcon Cusi, S.A.
Camil Fabra 58, 08320 El Masnou,
Espagne

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

Vise ophtalmique
EN INSTILLATION OCULAIRE
CONGESTION

COMPOSITION
1 ml de collyre contient 3,5 mg
Chlorhydrate de Ciprofloxacine
(2 mg de ciprofloxacine basale)

Excipient à effet notoire :
Chlorure de benzalkonium

Lire attentivement la notice avant l'emploi.

A conserver à une température ambiante (15°-25°), à l'abri de la lumière et de la chaleur

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Ne pas mettre au réfrigérateur.

- Ne pas congeler.
- Ne pas utiliser au-delà de 30 jours après la première ouverture du flacon.

طرق العلاج التلطيفي في العين

**متوسط ۱ مل من سیلوکسان فطرات
عمران: سینه طمکاسن
پدر و کوچه از ایجاد (العلاء) ۳.۵ مل**

وأوغندا تأشير على مقدمة

لـ ٢٥١٥ مـ عـتـلـةـ جـهـاـنـهـ مـعـتـلـةـ ٢٥١٥ مـ عـتـلـةـ جـهـاـنـهـ مـعـتـلـةـ

الله لا يحيط به علماً

يستخدم بعد موافقة 30 يوم على اليوم

CILOXAN® 0,3%
سیدروكسان 0,3 %

COLLYRE

Ciprofloxacin

595

© NOVARTIS

Dr. Kaouthar DGADEG

Spécialiste en Maladies de Chirurgie des yeux de l'Adulte et de l'Enfant

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
 - Strabisme • Glaucome • Laser
 - Angiographie • OCT



الدكتورة كوثر الدكاد

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول • الرزق • الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكة

Casablanca, le 19/01/2022

Compte-rendu opératoire de Mr DAKHAMA BENNANI SAHID

- Chirurgie de cataracte
- Œil gauche
- Sous anesthésie topique
- Chirurgien : Dr DGADEG KAOUTHAR
- Médecin anesthésiste : Dr EL KASRI ADIL

- désinfection cutanée à la Bétadine,
- mise en place de champs opératoire stérile,
- mise en place de blépharostat,
- lavage des culs de sacs conjonctivaux à la Bétadine diluée puis rinçage au sérum salé,
- incisions : PCA à 11h et PDS à 1h,
- injection de produit viscoélastique (PVE) dans la chambre antérieure,
- capsulorhexis antérieur à la pince à rhéxis
- hydro dissection du noyau,
- phaco émulsification aux US,
- aspiration des masses,
- polissage aux IA,
- injection de PVE dans le sac,
- mise en place d'un implant pliable dans le sac, puissance 17 D,
- polissage aux IA,
- hydro suture des incisions cornéennes,
- injection sous conjonctivale d'AS,
- désinfection et pansement. Traitement.

Dr. Kaouthar DGADEG
Ophtalmologue
Rés. Palmier n°. Brahim Roudani Entrée B9
1^{er} Etage, Appartement 3 - Tél : 0522 98 88 66
Casablanca

إقامة النخيل - 285، شارع إبراهيم الروదاني - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء

Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim Roudani - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca

الهاتف : Email : blankavision@gmail.com - البريد الإلكتروني : Tél : 0522 988 866

PATENTE : 34750604 - ICE : 002247410000026