

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## 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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

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** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 065015

10357  
 Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : WARID BOUAZZA

Date de naissance : 1945

Adresse : AIN CHIFA I Rue 1 n° 80 CASA

Tél. : 06 95 37 26 53

Total des frais engagés : 8671 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E  
Ophtalmologiste  
315 Bd Al Fida(en face Kissanat Manjra)  
16<sup>e</sup> Etg - Casablanca INPE 091164939

0522 03 13 03

Date de consultation : 22/03/2019

Nom et prénom du malade : WARID BOUAZZA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : cataracte de l'œil par phaco + implant

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.

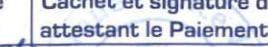
Fait à : CASA

Le : 22/03/2022

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
22/03/22	Vain facture		8500,00 DH	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>P</b>HARMACIE NOUVELLE MEDINA  <u>MBL SARL AU</u>  <u>31, Rue Abou El Abbes, Département</u>  <u>CASABLANCA</u>  <u>2522 80 44 61</u></p>	<u>22 Décembre 2012</u>	<u>171-00</u>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

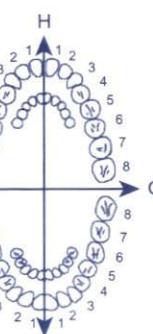
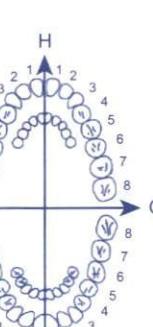
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E

OPHTHALMOLOGISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
LASER ANGIOGRAPHIE

الدكتور العلمي الأوفوسي ج.إ



خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

INPE :

Barcode representing the INPE number 091164939

Casablanca, le : 12 MARS 2022

1) WARID BOU AZZA  
748° 84 cent 500 ml  
140 ex 17 5 flours  
water class 100  
2) 28.60. Cet. broc de drogue  
140 ml 15 fl  
68.00. clic Local 140 ml + en  
3) Rondelet 500ml lait  
4) XOLIN WASH  
Toilette 500ml lait  
171.00

PHARMACIE NOUVELLE MEDINA  
MBL SARLAU  
31, Rue Abou El Abbes, Derb Baladria  
CASABLANCA  
Tél: 0522 28 12 95 - 0522 80 44 61



Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E  
Ophtalmologiste  
1469 - Casablanca 1er étage  
Tél: 0522 23 32 / 0522 80 44 61  
315 Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA)  
315 شارع الفداء مقابل قسارة المنجرة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 32 315  
315, Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA) 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03

# Dicloced 1 mg/ml

Collyre en solution

Diclofénac sodique

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DICLOCED 1 mg/ml, collyre en solution et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DICLOCED 1 mg/ml, collyre en solution ?
3. Comment utiliser DICLOCED 1 mg/ml, collyre en solution ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DICLOCED 1 mg/ml, collyre en solution ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE DICLOCED 1 mg/ml, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique: Anti-inflammatoire non

3 heures précédent l'intervention.

Chirurgie de la cataracte et du segment antérieur de l'œil :

- pré-opératoire : jusqu'à 5 fois 1 goutte dans les 3 heures précédent l'intervention,
- post-opératoire : 3 fois 1 goutte dès la fin de l'intervention, puis 3 à 5 fois 1 goutte par jour

Ma DICLOCED 1 mg/ml  
ké Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH  
la (re de



6 118001 101948

N Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUD  
Utilisation chez les enfants : Aucune étude spécifique n'a été réalisée.

## Mode d'administration

Ce médicament doit être administré dans l'œil (voie ophtalmique).

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Le collyre en solution ne doit pas être administré en injection péri-ou intra-oculaire.

- ① Laver vos soigneusement les mains avant d'utiliser ce médicament.
- ② Eviter le contact de l'embout du flacon avec l'œil ou les paupières.
- ③ Instiller 1 goutte dans l'œil à traiter en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas.
- ④ Reboucher le flacon après utilisation.
- ⑤ Après instillation, appuyer avec votre doigt dans le coin interne de l'œil proche du nez et fermez les paupières pendant 2 minutes. Cela aidera à stopper le passage de DICLOCED dans le reste du corps.

Si vous oubliez d'utiliser DICLOCED 1 mg/ml





# CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

# مصحة القلب والشرايين فرنس ڨيل

22/03/2022

Patient : WARID BOUAZZA

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

### CATARACTE ŒIL DROIT PAR PHACOEMULSIFICATION

Anesthésie Topique par cebesine collyre

Blépharostat après badigeonnage et lavage des culs de sac à la Bétadine diluée

Incision cornéenne auto étanche au couteau de 2,75mm à 11H et contre incision à 1H

Capsulorhéxis circulaire continu à l'aiguille sous Produit visco-élastique

Hydro dissection

Phacoémulsification du noyau après cracking

Irrigation–Aspiration automatisée des masses

Polissage capsulaire

Pose de l'implant de +20.50D dans le sac par injecteur

Aspiration du produit viscoélastique

Hydrosuture après instillation de cefuroxime en intracaméruleaire

Pommade Frakidex et pansement oculaire



**Dr. EL ALAOUI JE**  
OPHTHALMOLOGISTE  
315 Bd EL Fida Elg 1 Casablanca  
Tél: 05 22 53 23 32 / 05 18.03

393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 · Fax : +212 522 99 30 26 · Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : [cliniquefranceville@cliniquefranceville.com](mailto:cliniquefranceville@cliniquefranceville.com) · Site Web : [www.cliniquefranceville.ma](http://www.cliniquefranceville.ma)

Patente : 34776707 Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC

**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. WARID BOUAZZA  
Séjour : Du 22/03/2022 au 22/03/2022

202202014  
Du : 22/03/2022

Etablie par : H. AMINA

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CATARACTE OEIL DROIT PAR PHACOEMULSIFICATION	1	8 500,00	8 500,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>8 500,00</b>

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
			0,00
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

	Patient
<b>Total TTC</b>	<b>8 500,00</b>



**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
 CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
 Casablanca

NOM DU PATIENT : M. WARID BOUAZZA  
 DATE DE NAISSANCE : 01/01/1945

Sejour : Du 22/03/2022 au 22/03/2022



Reçu N°: 167443

Paiement du 22/03/2022 07h55

Montant	8 500,00 Dh
Type de paiement	Espèce

NOM DU PATIENT : M. WARID BOUAZZA  
 DATE DE NAISSANCE : 01/01/1945

Imprimé par : HAMROUCH AMINA Le 22/03/2022 07h55

Patient : M. WARID BOUAZZA

Montant : 8 500,00 Dh

Type de paiement : Espèce

NOM DU PATIENT : M. WARID BOUAZZA  
 DATE DE NAISSANCE : 01/01/1945

Paiement : 22/03/2022 07h55

Montant : 8 500,00 Dh

Type de paiement : Espèce

NOM DU PATIENT : M. WARID BOUAZZA  
 DATE DE NAISSANCE : 01/01/1945

Paiement : 22/03/2022 07h55

Montant : 8 500,00 Dh

Type de paiement : Espèce

NOM DU PATIENT : M. WARID BOUAZZA  
 DATE DE NAISSANCE : 01/01/1945



Patient ID : **020425**  
Patient : **WARID, BOUAZZA**  
Date of Birth :  
Report Date : **2022/02/28**

Examiner : CHU



Exam Range :

**2022/02/28 - 2022/02/28**

Examiner : CHU



Examiner : CHU

