

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0006327

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1A766 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENMAOUI NOHAMED ADIL

Date de naissance :

Adresse : LOT DABZOUKA N°181 800 NABLOUF

CASA

Tél. : 066342482 Total des frais engagés : 389,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2022

Nom et prénom du malade : ENMAOUI NOHAMED ADIL

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 29/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

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

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
27 07 2022	C + F		30000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/2022	8900

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

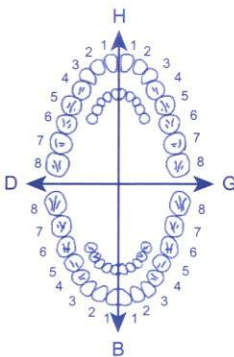
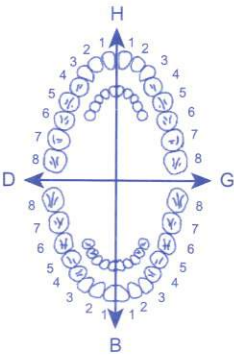
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	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	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FATIMA AMIR

Spécialiste en chirurgie et maladies des yeux

- Lauréate de la faculté de Médecine et de pharmacie Casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital 20 Août Casablanca
- Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Hassan II Khouribga
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital Sekkat
- Membre de la société française d'Ophtalmologie

- Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification
- Chirurgie de Glaucome, Chirurgie de Strabisme
- Chirurgie réfractive (Lasik) - Ophtalmo-pédiatrie
- Laser - Angiographie rétinienne - OCT - Echographie Oculaire...



الدكتورة فاطمة عامر

طبيبة اختصاصية في طب وجراحة العيون

- خريجة كلية الحسن الثاني للطب والصيدلة
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- رئيسة قسم طب العيون سابقا بمستشفى الحسن الثاني خريجة
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى السقاط
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

- متخصصة في جراحة الجلالة وتصحيح النظر بالليزر من جامعة السريون بباريس
- متخصصة في علاج أمراض شبكة العين من جامعة السريون بباريس
- متخصصة في علاج وجراحة الحول وطب عيون الأطفال من جامعة نانت بفرنسا

طبيبة مرخصة لأداء
الشواهد الطبية
لرخصة السياقة

- Diplômée en imagerie
et maladies retiniennes à
la faculté de médecine
Lariboisière (Paris Sorbonne)

- Diplômée en Chirurgie
réfractive et Phacoémulsification
à l'université de Toulouse III

- Diplômée en
ophtalmologie-pédiatrique
et strabologie avancée à
la faculté de médecine Nantes

- Diplômée en Adaptation
de lentilles de contact à

l'Université Bordeaux II
INPE 091032532

Casablanca, le

27-07-17 في الدار البيضاء،

Ordonnance

GSM : 06 70 65 77 33

N. Ennassir AL.

Vision

ف 7
Pharmacie les
Larissides
Lot 10000 Sidi, Meorout Cas-08
Tel: 09 72 32 10 80
E: 09 72 32 10 80

Dr. AMIR Fatima
Rés. Loubna 1
Erg. 1- N°2
Boulevard Sidi Maârouf
En face de Jamaâ
Al Andalous
Tel: 09 22 78 45 46
INPE: 09 1032532

تجزئة لبني 1, إقامة لبني رقم 1 شارع - سيدي معروف (أمام مسجد الأدراسة)
الهاتف: 06 70 65 77 33 / 05 22 78 45 46 - البريد الإلكتروني: docteuramirfatima@gmail.com

(EN) EYE DROPS

Lubricating ophthalmic solution with Sodium Hyaluronate and Vitamin B12

COMPOSITION:

Sodium Hyaluronate 0.3%, P-Plus[™], Vitamin B12, Sodium Chloride, Potassium Chloride, Calcium Chloride, Magnesium Chloride, **SCO[®]** in an isotonic buffered solution.

DESCRIPTION:

VISIONLUX[®]PLUS is a refreshing, revitalizing and lubricating ophthalmic solution, containing **Sodium Hyaluronate 0.3%**, obtained by fermentation and not of animal origin.

The activity of the **Sodium Hyaluronate** is optimised and prolonged by the synergic action of **P-Plus[™]**.

P-Plus[™] is a hydro soluble polymer with fillogenous and lubricant properties. The association of **Sodium**

Hyaluronate and P-Plus[™] not only increases the viscosity of the solution but also improves its mucoadhesivity properties.

The presence of **Electrolytes** (Cl⁻, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺ and Mg⁺⁺), essential for the cellular biochemical processes, helps to keep the ocular surface in good physiological conditions.

Vitamin B12 (Cyanocobalamin) has anti-oxidant properties, thus protecting the ocular surface from the damage induced by reactive oxygen species (ROS). It is therefore an essential factor in the maintenance of a healthy ocular surface.

VISIONLUX[®]PLUS is preserved with a special preservative system called **SCO[®]** (Stabilized Complex Oxychloro) that keeps the solution sterile in the bottle. When exposed to light, **SCO[®]** dissipates into components naturally found in the human tears such as sodium chloride, oxygen and water, making it very well tolerated.

INDICATIONS:

VISIONLUX[®]PLUS provides long and lasting relief to the sensations of severe dry, stressed and tired eyes of pathological or non-pathological origin.

VISIONLUX[®]PLUS protects cells from damaging oxidative free radicals and replaces locally low levels of the nutrients in the tears.

VISIONLUX[®]PLUS is compatible with all types of contact lenses.



INSTRUCTIONS:

- Wash your hands before using the drops.
- Do not use the drops if the solution has changed color or if it contains particles.
- In some cases, slight sensitivity may cause a brief stinging or irritation upon instillation that disappears after blinking.
- Do not swallow the solution.
- Keep out of the sight and reach of children.
- After the bottle has been opened, the solution must be used within 90 days.
- Do not use after the expiry date.
- If symptoms persist, consult your eye specialist.
- Do not use if the bottle is damaged.
- **Do not expose to direct sunlight.**

STORAGE:

- Store between 5 and 35°C and protect from a direct source of light.

3 ml (free sample)

REF D3VXP303

10 ml

REF D10VXP304

STERILE A



Distributor: RIMA PHARMA

Bd. Abdelmoumen, Res. Les champs Center
Imm. B, 7^{ème} étage, N° 4 - Casablanca - MAROC
N° CE: 19287/2019/OMP - Date: 17/12/2019

NOVAX[®]PHARMA

Le Coronado

20, Avenue de Fontvieille

MC 98000 - MONACO

www.novaxpharma.com

CE
0051

V2 - Rev. 19/02/2019