

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

N° M20- 0001209

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1361 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAHED M. LOUDA
 Date de naissance : 20-11-1952
 Adresse : IMMEUBLE HANANE EL WARDI CASABLANCA
 Tél. : 0680704024 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/8/2022 Age : 70
 Nom et prénom du malade : CHAHED M. LOUDA
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : GATE VERTE
 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 : WSA

Le : 28/8/22

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
28/8/2022		2	259,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/08/22

189,20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

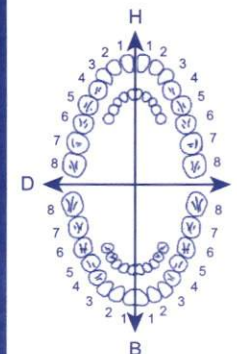
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

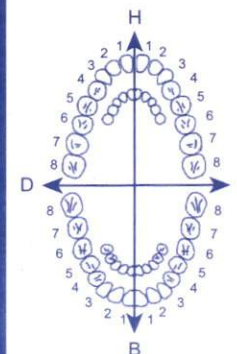
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

Lauréate de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie
Laser - OCT - Strabisme - Lentilles de Contact
Médecin agréée :
Permis de conduire

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أشعة لازير
طبيبة معتمدة :
رخصة السياقة

Casablanca, le:

الدار البيضاء، في:

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTALMOLOGUE
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 93 32 66

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTALMOLOGUE
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 93 32 66

9 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80

74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80 - 74.80

60.00 - 60.00 - 60.00 - 60.00 - 60.00 - 60.00 - 60.00 - 60.00 - 60.00 - 60.00

25.90 - 25.90 - 25.90 - 25.90 - 25.90 - 25.90 - 25.90 - 25.90 - 25.90 - 25.90

28.50 - 28.50 - 28.50 - 28.50 - 28.50 - 28.50 - 28.50 - 28.50 - 28.50 - 28.50

FR

Mydriaticum 0,5 %, collyre en flacon de 10 ml.

Tropicamide

Veillez 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, ou votre pharmacien.
- 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 ou votre pharmacien. 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 MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre ?
3. Comment utiliser MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

environ 30 minutes.

- Dilatation pré-opératoire pour cataracte, photocoagulation :
Instiller 1 ou 2 gouttes de collyre dans les 15 minutes précédant l'intervention.

Mode et voie d'administration

Voie locale.

EN INSTILLATION

Comme pour

les opérations :

- Se laver soigneusement

- Eviter de toucher l'embout du flacon

- Pour instiller 1 ou 2 gouttes

- légèrement vers l'extérieur

- L'œil fermé pendant 1 minute

- notamment

- Pour éviter l'ingestion surtout chez l'enfant voir

- rubrique 2 «Avertissements et précautions».

- Afin d'éviter les effets systémiques induits par le

- passage de tropicamide dans la circulation générale

- par les voies lacrymales et par ingestion orale, il est

- recommandé, surtout chez l'enfant et le sujet âgé, de

- comprimer l'angle interne de l'œil pendant 1 minute

- après chaque instillation et d'essuyer l'excédent sur la

- joue.

- Refermer le flacon après utilisation.

- En cas de traitement concomitant par un autre

- collyre, espacer de 15 minutes les instillations.

Fréquence d'administration

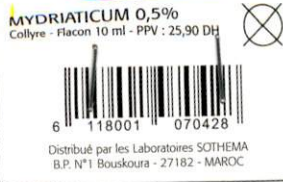
Se conformer à la prescription médicale.

Durée du traitement

Se conformer à la prescription médicale.

Si vous avez utilisé plus de MYDRIATICUM 0,5 POUR CENT, collyre que vous n'auriez dû

En cas d'instillation d'une quantité excessive de





NOVARTIS

**NOTICE : INFORMATION DE
L'UTILISATEUR**

Dénomination du médicament :

CILOXAN® 0,3 % **Pommade ophtalmique** Ciprofloxacin

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 d'autres questions, 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, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

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.

3^{ème} au 7^{ème} jour : appliquer 2 fois par jour un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival (ou sur le bec).

CILOXAN® 0,3 %
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP
PPV : 60,00 DHS

En cas d

Adultes e

La pomm appliquée 6^{ème} au 14^{ème} jour : appliquer toutes les 4 heures un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival.

1^{er} et 2^{ème} jour : appliquer toutes les 1-2 heures un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival.

3^{ème} au 14^{ème} jour : appliquer toutes les 4 heures un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival.

Un traitement antibiotique commencé ne doit pas être arrêté sans l'accord de votre médecin. Les symptômes de la maladie oculaire peuvent disparaître avant que l'infection soit complètement guérie. L'arrêt prématuré du traitement, expose à un risque de récurrence de l'infection.

Sans autorisation médicale, ne changez pas la posologie prescrite pour vous. Consultez votre médecin ou pharmacien lorsque vous pensez que l'efficacité du médicament est faible ou trop forte.

Précautions d'emploi et conduite à tenir en cas