

## 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° S19-0002339

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11407 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NHAILA Kholid Date de naissance : 03/12/1974  
Adresse : B.C. 12 N.A. 48 Sidi Othman Cas  
Tél : 0667 63 78 93 Total des frais engagés : 128.00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/12/2022  
Nom et prénom du malade : N. Haila Med  
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 : 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
23.10.81	2022	5	300 dh	



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie IBNOU ZAHR EL ALIA</p> <p>N° 46 Av. du Nil Sidi Othmane</p> <p>Alanca - Tél.: 05 22 37 19 62</p> <p>496033 - IF : 501134</p> <p>00273788000</p>	<p>23</p> <p>06</p> <p>2.2</p>	<p>128.00</p>

Pharmacie IBNOU ZAHR EL ALIA  
Sacchet du Pharmacien  
du Fournisseur  
46 Av. du Nil Sidi Othmane  
Tél.: 05 22 37 19 63  
496033 - IF: 50113439  
00273788000063

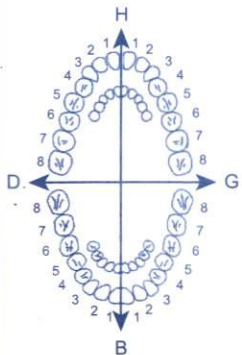
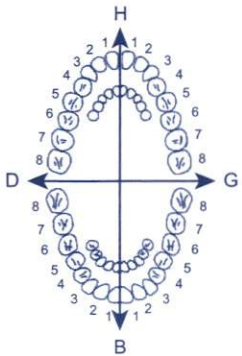
[illegible][illegible]

# 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'O.D.F.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

B

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

**Docteur Nezha MIYARA**

**Docteur Abderrahmane RAISS**

*Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles*

**Dr. Nezha MIYARA**

*Ophtalmologie pédiatrique*

*Chirurgie du strabisme*

*Lentilles de contact*

**الدكتورة ميارة نزهة**

*اختصاصية في أمراض العيون للأطفال*

*علاج وجراحة الحول*

*العدسات اللاصقة*

Casablanca, le ..... **23 août 2022**

**Enf. NHAILA Med**

12800

**HYFRESH UD**



**1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux**

**PHARMACIE TENOU ZAHR EL ALIA**  
Bloc 22 N° 46 Av. du Nij Sidi Othmane  
Casablanca - Tél.: 05 22 87 19 63  
RC : 496033 - IF : 50113439  
ICE : 002737880000067



# Hyfresh® U.D

Hyaluronate de sodium à 0,3%

Pour une lubrification prolongée des yeux

## Mode d'emploi

Hyfresh® U.D-Hyaluronate de sodium à 0,3% obtenu à partir de la fermentation. Hydrogel pour une lubrification prolongée des yeux. Stérile, sans conservateurs.

## Composition :

1 ml de solution contient :

Hyaluronate de sodium 3,0 mg, citrate de sodium, Chlorure de potassium, chlorure de calcium, chlorure de magnésium, chlorure de sodium, acide citrique ou hydroxyde de sodium (pour ajuster le pH) et l'eau pour préparations injectables. La solution est hypotonique.

## Indications :

Les symptômes et les signes de la sécheresse oculaire et/ou des dommages de la surface oculaire, en raison de maladies telles que kératite superficielle, le syndrome de Sjögren ou syndrome de sécheresse oculaire primaire.

Pour une lubrification en cas de sensation de fatigue oculaire mineures sans signes induites par exemple fumée, une atmosphère conditionnée, l'utilisation de l'ordinateur ou par dépistage ophtalmologique.



Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM  
Date: 15/06/2017  
P.P.C : 128 DH 00

## Contre-indications :

Hypersensibilité individuelle à l'un des constituants du produit.

## Interactions :

Ne pas utiliser Hyfresh® U.D au même moment que tout autre médicament ou tout autre produit appliqué à l'œil car il peut modifier leurs effets.

conteneur doit être jeté immédiatement après utilisation.

Hyfresh® U.D ne contient pas de conservateurs.

Ne pas utiliser Hyfresh® U.D si le conteneur est endommagé.

Conserver entre 2 et 30 °C

Ne pas utiliser Hyfresh® U.D après la date d'expiration indiquée sur le conteneur et la boîte pliante.

Si l'inconfort persiste en utilisant Hyfresh® U.D, consultez votre médecin. Tenir hors de portée des enfants.

## Caractéristiques et mode d'action :

Hyfresh® U.D contient du hyaluronate de sodium, un polymère naturel, qui est aussi présent dans les structures de l'œil humain. La caractéristique physique particulière du hyaluronate de sodium confère à Hyfresh® U.D ses propriétés viscoélastiques

B.N. ZA0214

EXP. 01 2024

ble sur  
ment

e un  
n  
est très  
on

Hyfresh® U.D est exempt de conservateurs.

## Présentation :

20 conteneurs à dose unique de 0,45 ml.

Cette notice a été révisée en 01/2018 ;  
Numéro de version 04.

LOT

Numéro du lot