

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238

Société : 138869

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B DITE

1950

Date de naissance : 1950

Adresse : 2, Rue Prospère Monnier RES. ZARA

VAL FLEURI

Tél. : 066.14.2.5140 Total des frais engagés : 25000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. **ACHAGRA OUMAIMA**  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
39, Bd. Mohammed V - Casablanca  
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 03/11/2022

Nom et prénom du malade : B DITE

NAIMA Age : 71

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 03/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Naima

#### **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
3. M d 2 G s		-	200.00	Dr. ACHAGRA OUMAMA Maladies et Chirurgie des Yeux Casablanca Mohammed V 27-06-77

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/22	332,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

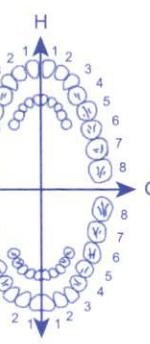
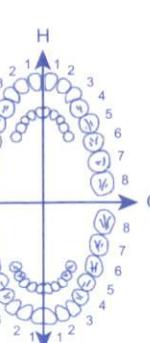
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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"/>

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Oumaïma ACHAGRA

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies  
& Chirurgie des Yeux

Esthétique et Pathologie des Paupières

Chirurgie du Strabisme

Chirurgie de la Cataracte

Diplômée des Universités de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Horaires : 9h à 16h

Sur Rendez - vous

الدكتورة أميمة أشڭري

إخلاصية في أمراض وجراحة العيون

تجميل وأمراض الجفن

طب وجراحة الحول

خريجة جامعة باريس

الاستقبال : 9 صباحا إلى 4 بعد الزوال  
بالموعد

03/11/2022

Casablanca, le .....

Madame BDITE Naima

*77 10*  
- DEXA-FREE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 5 jours

*75 10*  
- ZALERG COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 2 mois

*180 00*  
- HYLO GEL

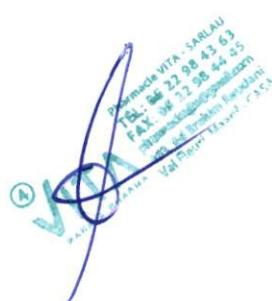
1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

*332 18*  
*En cas d'urgence, contacter la Clinique RACHIDI : 05 22 22 12 96*

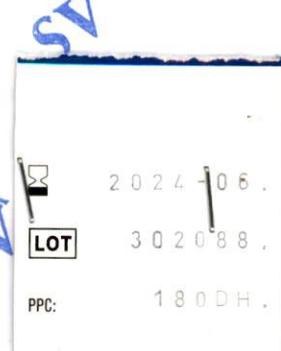
05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97 - الدار البيضاء - الهاتف : قرب سينما أ.ب.س.

39, Bd. Mohammed V - Près Cinéma ABC - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

GSM : 06 62 18 38 27 - E-mail : cabinetdocteurachagra@gmail.com البريد الإلكتروني :



Dr. ACHAGRA OUMAIMA  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
39, Bd. Mohammed V - Casablanca  
Tél : 27 - 66 - 77



# Zalerg 0,25 mg/ml

التاريخ الأول للفتح Date de première ouverture

**FR** Collyre en solution

Flacon de 5 ml

(au minimum 150 gouttes)

## Composition :

Kétofifène..... 0,250 mg  
Sous forme d'hydrogénofumarate de kétotifène..... 0,345 mg

Pour 1 ml

## Liste des excipients :

Glycérol, hydroxyde de sodium (ajustement du pH), eau pour préparations injectables

## VOIE OPHTALMIQUE

## Lire la notice avant utilisation.

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

Durée de conservation après la première ouverture : 3 mois

## Fabricant :

FARMILLA THEA FARMACEUTICI SpA  
Via Enrico Fermi, 50  
20019 SETTIMO MILANESE (MI)  
ITALIE



6118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

NIVEAU 1

ATA

Enreg MA : 249/2020 DMP/21/NRQd

Théa

EXP 01/2024  
Pab 01/2022  
Lot 216197

12, Rue Louis Blériot - 65017 CERMONTE-FERRAND  
Tunisie : LABORATOIRES THEA  
Cedex 2 - FRANCE

12, Rue Louis Blériot - 65017 CERMONTE-FERRAND  
Tunisie : LABORATOIRES THEA

حلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة  
لبنة تحتوي على 30 وعاء أوعية أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل.

ديكسافري 1 ملغ/مل

Dexafree 1 mg/ml  
Collyre en solution en récipient unidose  
Boîte de 30 récipients unidoses de 0,4 ml

Dexafree 1 mg/m

Dexafree 1 mg/ml

Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose  
Phosphate de dexaméthasone  
Boîte de 30 récipients unidoses de 0,4 ml

ديكسافري  
1 ملغ/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة  
فوسفات الديكساميتازون

علبة 30 وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل

Théa

Sans conservateur

بدون مواد حافظة

Lot / Fab / EXP :

26088003



12 2024  
12 2021  
5990



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI