

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 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

M22- 0015634

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6969 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MADHOUS Amine
 Date de naissance :
 Adresse : Rissas fa 2 Bloc A n°352
Casa Blanca
 Tél. : 06.78.18.40.16 Total des frais engagés : 9535,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AZHARI Mustapha
OPHTALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelmoumen
4ème Etage N° 15 CASA
Tél./Fax : 0522 27 60 61
 Date de consultation : 05 JAN 2023
 Nom et prénom du malade : EL MADHOUS AMINA Age : 66ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : acc. duelle et phlyctens
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : conjoint
 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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05 JAN 2023 | G | | 300 | |


EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE NADIA Dr Medjahi Leila Patente : 36208511 - R.C : 343204 Lissas 2 Bloc A Lot 34 Rte El Jadida Casablanca Tel : 05 22 66 00 00 OPRICIEN OPTOMETRISTE Rond Point Farah Sâlam, Lot 1 51 FB 5, Bât 1 - Mâda Fix : 05 22 69 11 78 | 23/01/2023 | 235,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

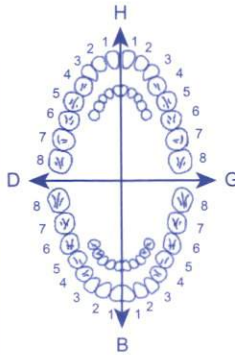
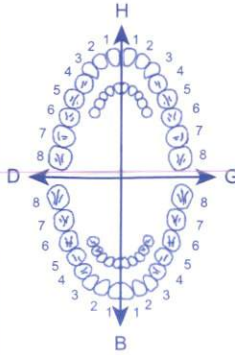
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
|  | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) 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

Dr. Mustapha AZHARI

*Spécialiste des Maladies
et de la Chirurgie des Yeux
Ancien Interne des hôpitaux
de Toulouse (France)*

*Laser Excimer - Strabisme
Contactologie*



الدكتور مصطفى أزهرى

**اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون
طبيب سابقا بمستشفيات
تولوز - فرنسا**

**جراحة بالليزر - علاج الحول
العدسات اللاصقة**

05 janvier 2023

Casablanca, le

Mme EL MADHOUS Amina

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte x 3 par jour pendant 05 jours

1 goutte x 3 par jour pendant 05 jours , dans les deux yeux

OPTIVE FUSION UNIDOSES

1 goutte x 3 à 5 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3

Mois

FRAKIDEX POMMADE

1 application le soir au coucher pendant 08 jours aux deux
yeux

PHARMACIE NADIA
D. Mustapha Leila
Patente : 520851 - R.C : 343244
Lissasni 2 Bloc A Lot 347
Rte El Jadida Casablanca
Tél : 09 22 65 06 65

Dr. AZHAR Mustapha
OPHTALMOLOGUE
131. Boulevard Abdelmoumen
4ème Etage - 15 CASA
Tél / Fax : 0522 27 60 61

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

TOBRADEX

Collyre en suspension

Tobramycine/Dexaméthasone
0,3/0,1%
Flacon de 5 ml

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, consultez votre médecin, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne l'utilisez que si vous en avez besoin.
Il pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie vous paraissent légers.
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.



Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH



406836 MA

à la
ordonné

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **TOBRADEX, collyre en suspension** et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **TOBRADEX, collyre en suspension** ?
- 3- Comment utiliser **TOBRADEX, collyre en suspension** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **TOBRADEX, collyre en suspension** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE TOBRADEX, COLLYRE EN SUSPENSION ET DANS QUELS CAS



optive
FUSION™
UD (Unidose)

Sans conservateur



72868MA12

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

FRAKIDEX®

Pommade ophtalmique

Phosphate sodique de dexaméthasone - Sulfate de framycétine

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et sur votre maladie

Si vous plus Ce n le de sym) Garc
FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

Les substances actives sont : pour 100 g
Dexaméthasone (phosphate sodique de).....0,1 g
Framycétine (sulfate de) 315 000 UI
Les autres composants sont : vaseline et paraffine liquide.

DÉTENTEUR DE LA D.E / AMM:

LABORATOIRE CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France

Nom et adresse du fabricant / conditionneur:

Dr. Gerhard Mann

Chem.-pharm. Fabrik GmbH

Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

Distribué au Maroc par:

Zenith pharma

Zone Industrielle. Tassila Inezgane.

particulier s'il s'agit d'un collyre et même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

Notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (astémizole, bépripil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantane, pentamidine, sparfloxacine, terfénaïne, sultopride, vincamine).

Informez votre médecin si vous utilisez du ritonavir ou du cobicistat, car cela peut augmenter la quantité de dexaméthasone dans votre sang.

Surdosage:

Aucun surdosage n'a été rapporté. Cependant, des applications répétées de façon prolongée peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, opacification du cristallin, kératite superficielle et retard de cicatrisation. De ce fait, une surveillance ophtalmique particulièrement attentive est nécessaire.

3. COMMENT UTILISER FRAKIDEX®, Pommade ?

Voie locale. En application oculaire. Se laver soigneusement les mains. Éviter de toucher l'oeil et les paupières avec l'embout du tube. Reboucher le tube après utilisation. 1 à 3 applications par jour.

Appliquer une quantité équivalente à un grain de blé dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'oeil malade ou des yeux malades et éventuellement sur le bord de la paupière.

Pour ce faire, tirer la paupière vers la bas tout en regardant vers le haut et déposer la pommade entre la paupière et le globe oculaire. Ne pas toucher l'oeil et les paupières avec l'extrémité du tube.

Reboucher le tube de pommade après utilisation.

Le traitement est en moyenne de 7 jours.

Le traitement est à l'ordonnance de votre médecin.

Dr. Mustapha AZHARI

*Spécialiste des Maladies
et de la Chirurgie des Yeux
Ancien Interne des hôpitaux
de Toulouse (France)*

*Laser Excimer - Strabisme
Contactologie*



الدكتور مصطفى أزهرى

*اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون
طبيب سابقا بمستشفيات
تولوز - فرنسا*

*جراحة بالليزر - علاج الحول
العدسات اللاصقة*

05 janvier 2023

Casablanca, le

Mme EL MADHOUS Amina

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets multi-couches, Amincis à fort indice

VL : OD = + 3.50 (- 1.50 à 105°)

OG = + 4.00 (- 1.25 à 75°)

VP : ODG = Add : + 2.50

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Facchissalam, Lot Al Azhar,
51 FB 5, Bat 1 - 10004 - Casablanca
Tél : 05.22.69.11.79

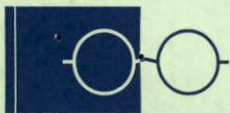
Dr. AZHARI Mustapha
OPHTALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelmoumen
4ème Etage N° 15 CASA
Tél / Fax : 05 22 27 60 61

(Handwritten signature)

131, شارع عبد المومن (زاوية زنقة كاليان) إقامة جوهرة عبدالمومن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4 è Etage - N° 15 - Casablanca

Tél. / Fax: 05 22 27 60 61 - Tél. : 05 22 47 30 38 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 09012

Casablanca le : 05/01/2023

Mme/Mr : EC MADHOUS Amina

Dr : _____

VL

VP-Add

OD : 1205 - 150 + 3.6

OD : 1204 + 2.6

OG : 120 - 1.80 + 4

OG : Add + 2.6

Monture

Verres

D'optique

Optique Farah Salam

700, — DH

1300, — DH

Total à payer : 2000, — DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar
S1 FB 5, Bat. 1 / Mag 4 - Casablanca
Tél : 05.22.69.11.79

Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca

Tél.: 0522 69 11 79 - Email : optic.farah.salam@gmail.com

RC n° : 516327 - Patente : 36002555 - IF : 47258415 - ICE : 002902171000020 - INPE : 095029609