

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

M23- 0014400

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2222- Société : Man
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KADRI HASSANE Mohamed
 Date de naissance : 8-1-1983
 Adresse : Ag 1078
 Tél. : 0667 172245 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur JENNANE Naoual
 Ophtalmologiste
 Avenue Alkarama, N° 3482
 Hay Atwilaq - Temara
 GSM : 06 51 77 67 31 - Tél : 05 37 67 67 31
 Date de consultation : 09/11/2022
 Nom et prénom du malade : KADRI HASSANE Mohamed
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Conséquences de l'ophtalmologie
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 18 JAN 2023

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
09/11/23	C8	1	30,00	Dr. JENNANE NAOUA Ophtalmologiste Avenue Alkarima, N° 3492 Hay Alwilaq - Temara SSM : 06 51 77 67 31 - Tél: 05 37 62 70 71 INPE : 101170579

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie vieux Marocain Mohamed VI, Hay AL Andalous N°7 - TEMARA Tél: 05 37 64 12 18	09/11/23	417,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

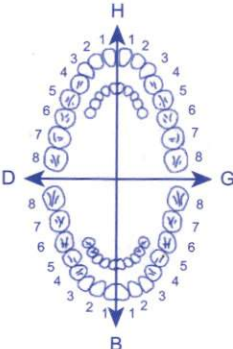
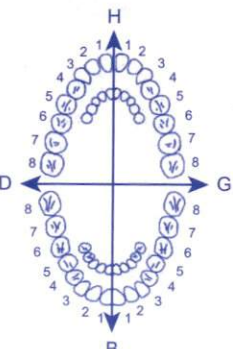
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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 MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
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



09/11/2023

Mr KADRI HASSANI MOHAMED

ZYLET COLLYRE

417,00
117,00

1 goutte 3 fois , dans les deux yeux, pendant 5 jours

VISMED GEL

175,00

3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

EYEGEL

125,00

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

Pharmacie **vicax marocain**
Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous
NEJEM - TEMARA
Tél: 05 37 64 12 18

Centre Suisse d'Ophtalmologie
Docteur JENNANE Naoual
Ophtalmologiste
Hay Al wifaq - Temara
GSM: 06 37 52 10 67 / Tél: 05 37 62 70 71

BAUSCH+LOMB

ZYLET®

Etabonate de lotéprednol 5%
et tobramycine 0.3%
Collyre en suspension

POUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.
للاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DHS



Notice : informations destinées à l'utilisateur

Notice : informations destinées à l'utilisateur

Veillez lire attentivement cette notice dans son intégralité avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Pour toute question, consultez votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à personne d'autre. Cela pourrait lui porter préjudice, même en cas de symptômes identiques.

Si l'un des effets indésirables s'aggrave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

DANS CETTE NOTICE :

- DANS CETTE NOTICE :**
1. Qu'est-ce que ZYLET® et dans quel cas l'utiliser ?
 2. Informations nécessaires avant d'utiliser ZYLET®
 3. Comment utiliser ZYLET® ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver ZYLET® ?
 6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE ZYLET® ET DANS QUELS CAS IL UTILISE ?

[illegible]

ZYLET® la corne du corps

L'uti- sation d'un anti-inflammatoire associe un antichlorien et indiquee lorsq
d'in- rection oculaire superficielle est eleve, il suspicio d'une quantite potentiellement
da- gereuse de bact. dans l'oeil.

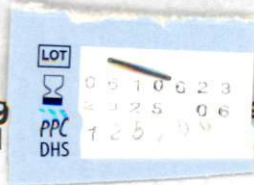
La molecul antibac- dans ZYLET® (toz) est un principe actif contre les bacteries
vantes communes conrees dans les gies oculaires : Staphylococcie, incluant
S. aureus et S. pneumoniae (positive), incluant les souches (glase-negative), incluant les souches
eta-hemolytique, des

EyeGel **PLUS**

Lubricating ophthalmic gel

Long lasting relief from dry eyes and

10 g tube



enol 5%

face

Composition: Dexpanthenol 5% (w/v), Sodium hydroxide 20% solution, Carbomer, Disodium edetate, Cetrimide, Water for Injections.

What is it?

EyeGel plus is a sterile ophthalmic gel containing Dexpanthenol 5%.

How is it presented?

EyeGel plus is presented as an ophthalmic gel in a tube of 10 g.

When should it be used?

EyeGel plus helps to protect the ocular surface in patients with alterations of the tear film. The presence of Dexpanthenol helps to maintain the hydration and protection of the ocular surface, providing a long lasting relief from the effects of dry eye caused by irritation, burning and foreign body sensation due to environmental factors (wind, sun, air dried, salted water, smoke, bright light, air conditioning, heating), prolonged use of computers, eye surgery, conjunctivitis or use of contact lenses.

The presence of Carbomer as thickening agent helps to simulate normal tears viscosity.

How and how much should it be used?

Remove the cap from the tube, tilt the head back and pull down the lower lid of the eye forming a pocket. Squeeze slowly until a small drop forms at the end of the tube and spread it evenly inside the eyelid.

Blink two to three times to spread the gel evenly over the eye and wipe away any excess gel from around the eyelids. Be sure to close the cap.

One drop per eye, once or more times a day, unless the doctor or pharmacist has advised an alternative regimen.

Precautions and warnings:

- The product is for external ophthalmic use only.
- Do not use if you are sensitive to any of the components.
- Do not use after the expiry date shown on the container.
- Do not touch the eye with the tip of the tube.
- Do not use if the tube or the security seal is damaged.
- Replace the cap after using the tube.
- Do not wear contact lenses during instillation of the product, after administration, there should be an interval of at least 15 minutes before reinsertion.

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 175.00



تعليمات الاستخدام

فيزميد* جل - هياالورونات الصوديوم الناتجة عن التخمر بسببه مواد حافظة هلاميات مائية مرطبة للعين طويلة الامد. معقمة وخالية من المواد الحافظة.

المكونات:

يحتوي كل 1 ملتر من المحلول على 3.0 ملجم من هياالورونات الصوديوم وكلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم وفوسفات ثنائي الصوديوم وسترات الصوديوم وكلوريد المغنيسيوم وكلوريد الكالسيوم ومياه للحقن. المحلول منخفض التوتر.

دواعي الاستعمال:

لترطيب طويل الامد للعين في حالة الشعور بالجفاف و الحرقان و إجهاد العين والشكاوى الثانوية الغير مرضية على سبيل المثال الناتجة عن التعرض للغبار أوالدخان أوالحرارة الجافة أوكميكفات الهواء أوالرياح أو البرد أو استخدام شاشة الكمبيوتر لفترة طويلة أو وضع عدسات لاصقة (الصلبة أو اللينة) أو فحص العين.

موانع الاستعمال:

حساسية الفرد المفرطة لأي مكون من مكونات المنتج.

التداخلات:

لا تستخدم فيزميد* جل مع اي دواء أو منتج يستخدم في العين لأنها قد تغير تأثيره.

الآثار الجانبية:

في حالات نادرة جدا قد تظهر اضطرابات مؤقتة، مثل تهيج الملحمة أو الإحساس بجسم غريب أو احمرار أو حرقان في العين أو عدم وضوح الرؤيا لوقت قصير.

الجرعة وطريقة الاستعمال:

لف الغطاء لفكه. أمل الرأس للخلف و ضع رأس العبوة فوق العين المراد علاجها. حرك الجفن السفلي الى الاسفل بسبابة اليد. اضغط على العبوة و ستدقق بسهولة قطرة فيزميد* جل (انظر التوضيح). إذا لم يوصى بخلاف ذلك، ضع نقطة أو نقطتين من فيزميد* جل في العين كلما اقتضت الحاجة. بعد أن تطرف (ترمش) العين، ينتشر المحلول ويكون طبقة شفافة تستمر لفترة طويلة على سطح العين. يمكن أن يستخدم فيزميد* جل أيضاً عند وضع العدسات اللاصقة (الصلبة أو اللينة).

التدابير الوقائية:

لا تلمس طرف العبوة المفتوحة ولا تلمس سطح العين بطرف العبوة المفتوحة و إلا يجب اتلاف العبوة مباشرة بعد الاستعمال. اغلق العبوة بعد الاستعمال. و لأن فيزميد* جل لا يحتوي على مواد حافظة يجب استخدام المحلول خلال 12 ساعة من فتح العبوة. لا تستخدم فيزميد* جل إذا كانت العبوة تالفة. يحفظ دون 30 م، ولا تستخدم فيزميد* جل بعد انتهاء تاريخ الصلاحية المبين على العبوة والعلبة الخارجية. إذا استمر الإحساس بعدم الراحة خلال استخدام فيزميد* جل استشر طبيباً. يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال!

الخصائص وطريقة العمل:

يحتوي فيزميد* جل على هياالورونات الصوديوم، بوليمر طبيعي، وهو موجود أيضاً في تركيب العين البشرية. تمنح الخصائص الفيزيائية الخاصة بهياالورونات الصوديوم فيزميد* جل لزوجته المرنة وخصائص الاحتفاظ بالمياه. يوفر فيزميد* جل طبقة دائمة على سطح العين ولا تزول إلا ببطء عن طريق فتح العين وإغلاقها (الرمش)، ولذلك يجمع فيزميد* جل بين تلطيف العينين الذي يستمر لمدة طويلة والشعور بالراحة إلى أقصى حد. فيزميد* جل يُحتمل بشكل جيد نظراً إلى تركيبته الفريدة، وهو خالٍ من المواد الحافظة.

أشكال الجرعة:

20 عبوة أحادية الجرعة بمقدار 0.45 ملتر لكل جرعة. 60 عبوة أحادية الجرعة بمقدار 0.45 ملتر لكل جرعة.