

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.

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

N° W21-828379

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2704 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL BARKATI Samira
 Date de naissance : 12/07/1965
 Adresse : 6, rue Sbel anou Hay eslam Casablanca Maroc
 Tél. : 0661571756 Total des frais engagés : 5600,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11 /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Aff. en a. l'oeil
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

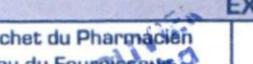
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 16/02/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
27/11/2024				INP :  Dr. A. Meriem Ophtalmologiste www.lasik.ma des hôpitaux des Urgences Ave 891024039

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/2024	1100,80

[illegible]

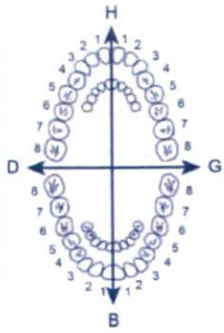
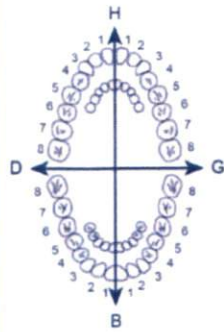
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE ENKOUR 10, Av Afghankistan F.H. Casa / Patente : 350012 00049996 85 85	23-02-2024					1500,00

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	INP : <input type="text"/>														
				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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem HAROUCH

Ophthélmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون

Casablanca, le.....

24 janvier 2024

Mme EL BAKKALI Samira

DOXYMYCINE 100 MG

1 comprimé le soir, pendant 4 Mois

MASSAGE DES PAUPIERES

chauffer les paupières pendant 10 min puis les masser.
le soir dans les deux yeux, pendant 1 mois
puis même opération 2 fois par semaine dans les deux yeux

PHYSIODOSE (FROID À 4°)

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois
1 lavage 2 fois par semaine, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

THEALOSE

1 goutte 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 4 Mois

HYDRA MED NIGHT

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 4 Mois

BLEPHAGEL pour nettoyage des paupières

hygiène des paupières, dans les deux yeux, pendant 4 Mois

PHARMACIE L'OLIVIER
Mme DRIBINA Fatima
Pharmacienne
44, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 36 10 57

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Cornéenne - Kératocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

Tube pompe airless™

30 8

بيلفاجيا



هلام معقد بنون

P.P.C : 147.00 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

DOXYMYCINE®

(doxycycline)

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 110DH00
EXP 08/2025
LOT 36014 3

et 30 comprimés
comprimés

..... 100 mg

te de magnésium, crospovidone, lactose ... q.s. un

DOXYMYCINE® 100 mg

30 comprimés dispersibles



..... 200 mg

dale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, lactose ... q.s. un

00 mg 100 mg

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyl amidon sodique, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose microcristalline..... q.s. un comprimé dispersible

- Comprimés dispersibles dosés à 200 mg

Doxycycline 200 mg
(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyl amidon sodique, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose microcristalline q.s. un comprimé dispersible

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibactérien de la famille des tétracyclines.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

DOXYMYCINE® est indiquée dans toutes les infections à germes sensibles, en particulier dans leur manifestations :

- Respiratoires et ORL
- Uro-génitales
- Cutanées, Acné
- Ophtalmologiques
- Systémiques

et dans la syphilis en cas d'allergie aux bêta-lactamines

CONTRE-INDICATIONS

DOXYMYCINE® est contre indiquée en particulier chez :

- La femme enceinte ou qui allaite
- Le prématuré, le nourrisson et chez l'enfant de moins de 8 ans
- En cas d'allergie aux tétracyclines
- En cas d'utilisation des rétinoïdes par voie générale
- Lors d'un traitement, l'exposition au soleil ou aux rayons ultra violets sera proscrite en raison du risque phototoxique

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE

Il faut respecter les conditions d'administration.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

- A prendre au cours d'un repas avec une quantité d'eau suffisante pour éviter une éventuelle intolérance digestive.
- En raison des risques de photosensibilisation, il est conseillé d'éviter toute exposition directe au soleil et aux U.V. pendant le traitement qui doit être interrompu en cas d'apparition de manifestations cutanées à type d'érythème.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS ET NOTAMMENT le phénobarbital, les barbituriques, les antiacides, les rétinoïdes, les anticoagulants oraux, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

DOXYMYCINE®

(doxycycline)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

10 et 30 comprimés
10 comprimés

PPU 102DH80
EXP 12/2025
LOT 36014 4

DOXYMYCINE® 100 mg

30 comprimés dispersibles



comprimés dispersibles dosés à 200 mg

Doxycycline
(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyl amidon sodique, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose microcristalline q.s. un comprimé dispersible

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibactérien de la famille des tétracyclines.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

DOXYMYCINE® est indiquée dans toutes les infections à germes sensibles, en particulier dans leur manifestations :

- Respiratoires et ORL

- Uro-génitales

- Cutanées, Acné

- Ophtalmologiques

- Systémiques

et dans la syphilis en cas d'allergie aux bêta-lactamines

CONTRE-INDICATIONS

DOXYMYCINE® est contre indiquée en particulier chez :

- La femme enceinte ou qui allaite

- Le prématuré, le nourrisson et chez l'enfant de moins de 8 ans

- En cas d'allergie aux tétracyclines

- En cas d'utilisation des rétinoïdes par voie générale

- Lors d'un traitement, l'exposition au soleil ou aux rayons ultra violets sera proscrite en raison du risque phototoxique

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE

Il faut respecter les conditions d'administration.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

- A prendre au cours d'un repas avec une quantité d'eau suffisante pour éviter une éventuelle intolérance digestive.

- En raison des risques de photosensibilisation, il est conseillé d'éviter toute exposition directe au soleil et aux U.V. pendant le traitement qui doit être interrompu en cas d'apparition de manifestations cutanées à type d'érythème.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS ET NOTAMMENT le phénobarbital, les barbituriques, les antiacides, les rétinoïdes, les anticoagulants oraux, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.



Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Solution Opthalmique


Solution pour la protection, l'hydratation et la lubrification de la surface oculaire utilisée dans le soulagement des symptômes de l'œil sec.

Flacon ABAK - Sans conservateur

COMPOSITION

Tréhalose	3 g
Hyaluronate de sodium	0,15 g
Autres composants	
Chlorure de sodium	
Injectable	

Détenteur de l'autorisation d'homologation : 100 ml

 Laboratoires Théa - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.

Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH



Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Solution Ophtalmique


hydratation et la lubrification de la surface
des symptômes de l'œil sec.



Autres composants :

Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p. 100 ml

Détenteur de la décision d'homologation :

 **Laboratoires Théa** - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi,50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.

Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran



Théalose

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Solution Ophtalmique


hydratation et la lubrification de la surface
des symptômes de l'œil sec.



Autres composants :

Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p. 100 ml

Détenteur de la décision d'homologation :

 **Laboratoires Théa** - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi,50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.

Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون

Casablanca le 24 janvier 2024

Mme EL BAKKALI Samira

Lunettes pour VL et VP

verres organiques progressifs antirefletes

Vision de loin :

OD = + 2.00 (- 0.50 à 180°)

OG = + 2.25 (- 0.75 à 5°)

Vision de près :

OD = Add : + 2.50

OG = Add : + 2.50

OPTIQUE ENVOIR
10, Av Afghanistan H.H
3.600123
casa / Patente 360000,0
CE: 00049996
89 85 23

Pr. A. Ouhassan
Ophtalmologiste
44, Rue des Hôpitaux - 3ème étage
en face des Urgences Averoës
Tél: 05 22 49 25 25

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Cornéenne - Kératocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

OPTIQUE ENNOUR OPTIQUE ENNOUR

Bennani Assia

Opticien-Optométriste

Diplômé de ESIO Paris-Sud

N°10 Boulevard Afghanistan Casablanca

DATE : 05/03/2024 Facture N° : 22

NOM : BAKALI SAMIRA

Désignation	prix
MONTURE	1500
Verre droit Progressif SAR +2.00(-0.50)180 Add +2.50	1500
Verre Gauche Progressif SAR +2.25(-0.75)5 Add +2.50	1500
Total	4500

IF51400820PATENTE35001234RC279742ICE000499966000020INPE095000600

OPTIQUE ENNOUR
10, Av Afghanistan H.H
casa / Patente : 3.500123
CE : 0004999660000.0
01.05.22 89 85 23