

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Orthopédie :**

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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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**

Nº P19-0039682

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0750

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MR IBRAHIMI Mokhtar ed

Date de naissance :

06-04-1944

Adresse :

47 Moustapha EL HANAFI - Sathia  
CASA

Tél. :

05 22 29 7467 Total des frais engagés : 1329,20 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/11/2019

Nom et prénom du malade :

Ibrahimi Mokhtar ed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Laser OD

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) : Holbej



## **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
19/11/2019	K80	11	100,000 Dhs.	EL ALAOUI Saida Ophthalmologiste 207, Bd. ZERKOUNI - CASABLANCA Tél.: 05 22 94 91 66

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ROUDAN</b> 139, rue de la République BP 10000 76100 LECLUSE TÉL : 03 45 21 13 13 FAX : 03 45 21 13 13	5/11/96	329,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

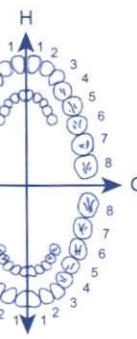
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVÉS 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 canalaires, ainsi que le bilan

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saida EL ALAOUI**

Ophthalmologiste

Ancienne interne et attachée au  
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

**طب العيون 20-15 بباريس**

**خريج جامعة باريس 6**

Casablanca le : 19 novembre 2019

**Mr. IBRAHIMI Mohamed**

XOLA

$\Delta \times 5/20$

1 goutte x 2 / j , les deux yeux, 3 Mois

GANFORT (Bimatoprost, Timolol) COLLYRE fl

$\Delta \times 234, -$

1 goutte 1 fois/jour, le soir, les deux yeux, 3 Mois

$T = 329, 20$

PHARMACIE ROUDANI  
Mme LEBBAR Khadija EP MIKOUL  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Tél.: 05 22 27 23 86 / 05 22 27 22 24  
Maafif - Casablanca

*Dr. EL ALAOUI Saida  
Ophthalmologiste  
207, Bd ZERKTOUNI - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 94 91 66*



chlorhydrate de dorzolamide

Solution Ophthalmique Stérile

## COMPOSITION :

Chaque ml de Xola® contient 22,26 mg de chlorhydrate de dorzolamide équivalent à 20 mg de dorzolamide, conservateur : chlorure de benzalkonium et eau pour injection.

## MECANISMES D'ACTION :

Le chlorhydrate de dorzolamide est un puissant inhibiteur de l'anhydrase carbonique humaine, de type II. L'inhibition de l'anhydrase carbonique dans les procès ciliaires de l'œil diminue la sécrétion d'humeur aqueuse, en ralentissant probablement la formation des ions bicarbonates, avec une diminution secondaire du transport du sodium et des liquides.

## INDICATIONS ET MODE D'EMPLOI :

Xola® est indiqué dans le traitement de la pression intraoculaire élevée (PIO) chez les patients présentant un glaucome à angle ouvert ou une hypertonie oculaire.

En monothérapie, la dose de Xola® est d'une goutte dans le cul de sac conjonctival de l'œil (les yeux) atteint(s), 3 fois par jour. En association à un bêta-bloquant à usage ophtalmique, la dose est d'une goutte de Xola® dans le cul de sac conjonctival de l'œil (les yeux) atteint(s), 2 fois par jour.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients.
- Le dorzolamide n'a pas été étudié chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min) ou une acidose hyperchlémique. Le dorzolamide et ses métabolites étant excrétés principalement par le rein, le dorzolamide est, en conséquence, contre-indiqué chez de tels patients.
- Acidose hyperchlémique.

## MISES EN GARDE :

Ne pas injecter dans l'œil.

## PRECAUTIONS :

**Grossesse:** aucun effet tératogène, lié  
Il n'existe pas de données suffisamment  
chez la femme enceinte. Le dorzolamide  
si le rapport bénéfice-maman / risque-fé

/kg/jour.

icament  
sse que

**Allaitement:** On ne sait pas si le do

aternel.

Chez des rates allaitantes, on a observé une diminution du poids chez les descendants.

Si le traitement par dorzolamide est nécessaire, l'allaitement n'est pas recommandé.

**Utilisation chez l'enfant:** La sécurité et l'efficacité n'ont pas été établies.

**PPV : 95 DH 20**

NOTICE D'UTILISATION :  
INFORMATION POUR LES UTILISATEURS

## GANFORT®

0,3 mg/ml + 5 mg/ml SOLUTION OCULAIRE  
Bimatoprost/timolol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient d'importantes informations.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si vous remarquez un effet indésirable, même des effets secondaires non mentionnés dans cette notice, parlez-en à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère. Voir Section 4.

**Dans cette notice :**

1. Qu'est-ce que GANFORT et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre GANFORT ?
3. Comment prendre GANFORT ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver GANFORT ?
6. Informations supplémentaires.

**1. Qu'est-ce que GANFORT et quand doit-il être utilisé**

GANFORT contient deux principes actifs différents, le bimatoprost et le timolol, qui diminuent tous deux la pression intraoculaire élevée. Le bimatoprost, analogue de la ~~timolol~~, appartient à un groupe de médicaments appelés prostamides. Le timolol appartient à un groupe de médicaments appelés bétabloquants.

Votre œil contient un liquide aqueux et transparent qui nourrit l'intérieur évacué de l'œil et du nouveau liquide est produit pour le remplacer suffisamment vite, la pression à l'intérieur de l'œil augmente, ce qui peut éventuellement, à la longue, d'endommager la vision (une maladie appelée glaucome). GANFORT agit en réduisant la production de liquide et également en augmentant la quantité de liquide évacué. Cela diminue la pression à l'intérieur de l'œil.

~~611801723137~~  
Distribué par les laboratoires ~~AFRIC-PHAR~~

PPV:234DH00  
Medicament autoriseN° 333 DMP/21/WRQ

imment  
que

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancienne interne et attachée au  
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6

CASABLANCA, LE 19/11/2019

**HONORAIRES :**

**Mr. IBRAHIMI Mohamed**

**Acte :** Laser oeil droit  
01 séance de laser K80 .

**Montant :** 1000.00 Dhs ( MILLE DHS ).

Docteur Mohamed Bennani

D<sup>r</sup>. EL ALAOUI Saida  
Ophtalmologiste  
207, Bd. ZERKTOUNI - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 94 91 66

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancienne interne et attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتور سعيدة العلوي**

**طبيب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 20-15 بباريس

خريج جامعة باريس 6

CASABLANCA, le mardi 19 novembre 2019

**RAPPORT MEDICAL**

Mr. IBRAHIMI Mohamed présente une rétinopathie diabétique

demandant quatre séances de laser œil droit

Dr EL ALAOUI S.

Dr. EL ALAOUI Saida  
Ophtalmologiste  
207, Bd ZERKTOUNI CASABLANCA  
Tél.: 05 22 94 91 66