

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1526

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARI'RENE Hassan

Date de naissance :

01/01/49

Adresse :

LOT ATTADAMOUNE

CASA

06760257441

Total des frais engagés :

1377,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/10/2019

Nom et prénom du malade :

BOUSSAID HAFida

Lien de parenté :

lui-même

Nature de la maladie :

affection oculaire

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASA

08 NOV. 2019

MUPRAS

Signature de l'adhérent(e) :

Hafida

ACCUEIL / 10 / 19

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
31/10/19	11	CS	300,00	INP : 0910321761 د. سليم عبد الرحمن نادي أمراض وجراحة العيون CLINIQUE AL MADINA مصحة المدينة Dr. CHAKIB Abderrahim Professeur - Ophthalmologist

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/10/19	77.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue *	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/10/19	hasen 4ug	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	O.D.F PROTHESES DENTAIRES
MONTANTS DES SOINS	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
DATE DU DEVIS	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
DATE DE L'EXECUTION	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CLINIQUE AL MADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصححة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري و داء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE

03 octobre 2019

Mme BOUSSAID HAFIDA

三

1/ DEXAFREE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , œil gauche, 15 jours

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Haj Salhi 1000 Casablanca - Tél: 0522 98 10 28



FR

Lot / Fab / EXP

6551
07 2018
07 2021

Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose
Phosphate de dexaméthasone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin
- Si vous avez toute autre question, si vous avez 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 si les symptômes sont identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si l'effet indésirable non mentionné dans cette notice, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien. Voir rubrique 4.



DEXAFREE 1 mg/ml,
Collyre 0,4 ml - PPV - 77,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - A1, Dr Mohamed Dousi,
20 110 Casablanca - Pharmacie de la Gare - Amina DAOUDI

pensez-en à votre

Dans cette notice :

- QU'EST-CE QUE DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**
- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?**
- COMMENT UTILISER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?**
- QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**
- COMMENT CONSERVER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?**
- INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.**

1. QU'EST-CE QUE DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose est un collyre en solution en récipient unidose, qui contient une substance active appelée dexaméthasone.

Cette substance active est un corticoïde qui inhibe les symptômes inflammatoires.

DEXAFREE 1 mg/ml collyre en solution en récipient unidose est indiqué pour traiter l'inflammation de votre (vos) œil (yeux).

En cas d'infection oculaire (rougeur de l'œil, sécrétions, larmoiement,...) ; un traitement spécifique de votre infection devra être associé (voir rubrique 2).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?

N'UTILISEZ JAMAIS DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose :

- si vous souffrez d'une **infection oculaire** pouvant être bactérienne (infection purulente aiguë), fongique, virale (virus herpétique, virus de la varicelle ou virus varicelle-zona) ou amibienne,
- en cas d'**atteintes de la cornée** (perforation, ulcération ou lésions associées à une ré-épithélialisation incomplète),
- en cas d'**hypertension oculaire** connue provoquée par les glucocorticoïdes (famille des corticoïdes),
- en cas d'allergie à l'acide hyaluronique, au chlorhydrate de méthylcellulose, au chlorhydrate de méthylcellulose et au chlorhydrate de méthylcellulose.

itemment

l'intervalle varie généralement de quelques jours à 14 jours

tilisé plus de DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en dose que vous n'auriez dû : au stérile si vous avez instillé trop de produit dans votre œil entraîne une irritation prolongée.

llement votre médecin ou votre pharmacien.

'utiliser DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en

dose double pour compenser la dose que vous avez

iliser DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en

pas de prendre votre traitement brusquement. Consultez toujours votre médecin si vous décidez d'arrêter le traitement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Affections oculaires :

Très fréquemment : pouvant affecter plus de 1 patient sur 10

- pression intra-oculaire élevée, après 2 semaines de traitement.

Fréquemment : pouvant affecter jusqu'à 1 patient sur 10

- gêne, irritation, brûlure, picotements, démangeaisons et vision trouble après l'instillation. Ces manifestations sont généralement modérées et de courte durée.

Peu fréquemment : pouvant affecter jusqu'à 1 patient sur 100

- réactions allergiques et d'hypersensibilité à l'un des composants du collyre,
- retard de cicatrisation,
- opacification du cristallin (cataracte),
- infections,
- glaucome.

Très rarement : pouvant affecter jusqu'à 1 patient sur 10 000

- inflammation des membranes de l'œil (conjonctive),
- dilatation de la pupille (mydriase),
- gonflement de la face (œdème facial),
- paupière tombante (ptosis),
- inflammation de l'iris (uvête),
- calcification de la cornée,
- inflammation de la cornée (kéatopathie cristalline),
- variations de l'épaisseur de la cornée,
- œdème cornéen,
- ulcération de la cornée,
- perforation de la cornée.

Troubles généraux et anomalies au site d'administration :

Peu fréquemment : pouvant affecter jusqu'à 1 patient sur 100

- dépression de la fonction corticosurrénale, en cas d'instillations fréquentes.

Déclaration des effets secondaires

Si vous constatez un autre effet secondaire, veuillez le signaler à votre

CLINIQUE AL MADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون

داء العينين بالسكري و داء جلالة

أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE

03 octobre 2019

Mme BOUSSAID HAFIDA

LASER YAG OG



Dr. CHAKIB Abderrahim
Professeur - Ophtalmologiste
CLINIQUE AL MADINA
Médecin généraliste
Tél: 05.22.77.77.40 à 49 (LG)
Fax: 05.22.25.00.01 - E-mail : cliniquealmadina@œil.ma - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

FACTURE

N° : 6673 B / 2019 du 03/10/2019

LASER YAG

Nom patient BOUSSAID HAFIDA
PAYANT

Entrée 03/10/2019
Sortie 03/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	LASER YAG	1,00	500,00	500,00
				Sous-Total 500,00
Total Clinique				500,00
PR. CHAKIB (ophtalmologie)	LASER YAG	1,00	500,00	500,00
				Sous-Total 500,00
Total Autres prestations				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS	Total	1 000,00