

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 5 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.



Declaration de Maladie

N° W19-436683

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15216 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARIRENE Hassan
 Date de naissance : 01/01/49
 Adresse : LOT ATTAJAMOUNE RUE 6 N° 50 DULFA
 Tél. : 06760217441 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 ☐ Conjoint ☐ Enfant
 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'at-
 médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA le 03/10/2019
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
31/10/19	/ /	CS	300,00	INP : 091037621 د. شكيب عبد الرحيم تأليف في أمراض وجراحة العيون CLINIQUE AL MADINA مصلحة 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

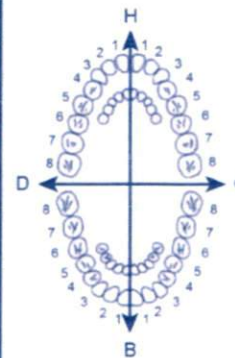
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CLINIQUE AL MADINA مصلحة المدينة * Dr. CHAKIB Abderrahim Professeur - Ophthalmologist	03/10/19	haser 4ag	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

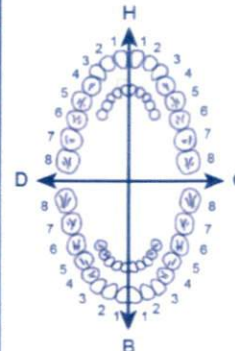
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

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

77.10
1/ DEXAFREE COLLYRE

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

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. 114 Jafar 103 8 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 24



FR

Lot / Fab / EXP

Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose
Phosphate de dexaméthasone6J51
07 2018
07 20216 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0,4 ml - PPV - 77,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Molière, Dour, 30 110 Casablanca - Pharmacia S.p.A. - Anissa DAOUDI

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
- Ce médicament vous a été personnellement pr
- Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même symptômes identiques, cela pourrait lui être noc
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si effet indésirable non mentionné dans cette notice, pariez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Voir rubrique 4.

Dans cette notice :

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

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

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) oeil (yeux).

En cas d'infection oculaire (rougeur de l'œil, sécrétions, larmolement,...) ; 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 vaccine 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),

ement

traitement varie généralement de quelques jours à 14 jours

utilisé plus de DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en se que vous n'auriez dû : au stérile si vous avez instillé trop de produit dans votre oeil entrez une irritation prolongée.

diatement votre médecin ou votre pharmacien.

Utiliser DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en

dose double pour compenser à dose que vous avez

Utiliser 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 (conjonctivite),
- dilatation de la pupille (mydriase),
- gonflement de la face (œdème facial),
- paupière tombante (ptosis),
- inflammation de l'iris (uvéite),
- calcification de la cornée,
- inflammation de la cornée (kératopathie 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

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 جلاله

أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE

03 octobre 2019

Mme BOUSSAID HAFIDA

LASER YAG OG



[Handwritten signature in blue ink]

FACTURE

N° : 6673 B / 2019 du 03/10/2019

LASER YAG

Nom patient BOUSSAID HAFIDA

Entrée 03/10/2019

PAYANT

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 :	Total	1 000,00
MILLE DIRHAMS		