

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-700905

17424

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13152	Société : RIAJM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Djirig		Date de naissance : 14/02/1995	
Adresse : 1165 Ra. coppine Dcadr.			
Tél. : 0661920913	Total des frais engagés : 441,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lahcen ZAF

OPHTALMOLOGISTE

532, Bd Panoramique - Casablanca

Tél. : 05 22 77 40 à 49 (LG)

Fax : 05 22 25 00 01 - NPE : 09115

Date de consultation : 16/07/2013

Nom et prénom du malade : Miry Jussane Age: 18

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie solaire

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 : Téhéla

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/09/2013

CLINIQUE AL MADINA

532, Bd Panoramique

Casablanca

Tel. : 05 22 77 40 à 49 (LG)

Fax : 05 22 25 00 01

VOLET ADHERENT

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
11/07/23	C5	300 DH	INP : 0911540410	Dr. Lahcen Othmane - Casablanca Dentiste - Radiologue - INPE: 091157040
				CLINIQUE AL MADINA
				11/07/2023
				11/09/23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
M. Khamlia - Tel: 05 23 32 23 23	11/07/2023	11/09/23

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP:
				11111111
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 18045 / 2023 du 14/07/2023

Nom patient **MIRY OUSSAMA** Entrée 14/07/2023
PAYANT Sortie 14/07/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		300.00	300.00
<i>Sous-Total</i>				300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Société à Capital Variable
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 77 77 41

Dr. B. BEN YOUSSEF
OPHTALMOLOGISTE
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49
Fax: 05 22 25 00 01 - 05 22 25 00 02



Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

المدينة

مصحة متعددة الاختصاصات

الدكتور لحسن زفاص

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

14 juillet 2023

Mr MIRY Oussama

57,90

1/ ALLERGOCOMOD

1 goutte 3 fois par jour pdt 1 mois ET DEMI , dans les deux yeux

2/ NAABAK collyre

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

141,90

HARMACIE EL ALIA
KAMILI Khalila
EP-BENABDERRAZIK
Rue Maghribi - Tel: 05 23 32 24
Mohammedia

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 00115

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique
Casablanca
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

Naabak 4,9 %,

collyre en solution

Acide N-acétyl aspartyl
glutamique sodique

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Fréquence d'administration

En moyenne, 2 à 6 fois par jour.

Durée du traitement

1 flacon de 5 ml permet un traitement d'environ 20 jours à la posologie moyenne préconisée.

Après amélioration de vos symptômes, le traitement doit être poursuivi pendant toute la période de risque d'allergie.

Si vous avez utilisé plus de NAABAK 4,9 POUR CENT, collyre en solution que vous n'auriez dû :
En cas de surdosage, rincez au sérum physiologique stérile.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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

Possible : **naabak 4,9%**
Collyre 10 ml - PPS : 0400 DH
6118001101184

Décl.

Si vous : **avez** un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

effets secondaires

No

Allergo-COMOD® Colly

Cromoglicate de sodium

Composition:

1 ml de solution isotonique contient:

Principe actif: Cromoglicate de sodium 20 mg

Excipients

Edéate de sodium, sorbitol, eau pour préparations inj

Présentation:

Collyre: flacon compte-gouttes de 10 ml

Mode d'action:

Collyre à visée antiallergique

Indications:

Inflammations de la conjonctive des foins, catarrhe printanier, conjonctive supposées

STERIPHARMA

~~PPV : 57,90 DH~~

~~N° d'AMM 60/2020 DMP/MAS~~

A utiliser avant: / Lot n°

Contre-indications:

Les patients hypersensibles

Grossesse et allaitement:

Bien qu'aucun effet tératogène n'a été démontré au cours des 3 mois de la grossesse.

Le port de lentilles de contact est déconseillé.

Précautions d'emploi:

Effet sur la conduite et l'utilisation de certains médicaments.

L'application de collyre Allergo-COMOD® peut entraîner une sécheresse oculaire.

Posologie et mode d'administration:

Sans autres indications du médecin traitant, les enfants de moins de 12 ans peuvent recevoir 1 ou 2 gouttes dans chaque œil 4 fois par jour.