

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

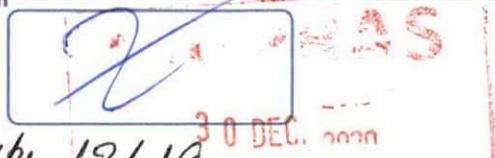
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-503959

ND: 14516

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8355	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AINI MOHAMMED			
Date de naissance : 10.09.64			
Adresse : BP 8283 CASA OASIS CASA BLANCA			
Tél. : 06.61.33.82.96	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 24/12/19			
Nom et prénom du malade : AINI MOHAMMED			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cholangio côte droit			
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 : **05-09** Le : **24/12/2019**
Signature de l'adhérent(e) : 

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
24/12/19	Chalazion op		180000	INF : 090006748X

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AYOUR 17, Bouskoura Casablanca Tel: 05 23 31 07 42 Ahal El Fassi Montant total	24.12	112,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession					

RIMA PHARMA
PVC : 60,00

AL MADINA



المنية / المدين

E: eu11el lg

M: AINI MOHAMMED

Oeil à instiller :

3,10

- Maxidrol - Collyre :

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours.



2,40

- Maxidrol - pommade :

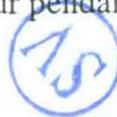
1 application le soir pendant 15 jours .



6,00

- Oxyal - collyre :

1 goutte 3 fois par jour pendant 2 mois.



Ma, 50

A revoir dans

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste ③
Angle Rue Ned Bahri Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

ANTI-BIOTIQUE OINT.

MAXIDROL®

collyre

b) COMPOSITION

Dexaméthasone 100 mg
Sulfate de néomycine 350 000 U.I.
Sulfate de polymyxine B 600 000 U.I.
Méthylhydroxypropylcellulose, chlorure de benzalkonium, chlorure de sodium, polysorbate 20, acide chlorhydrique dilué, hydroxyde de sodium, eau purifiée q.s.p. 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre en flacon compte-gouttes de 5 ml prêt à l'emploi.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ASSOCIATION CORTICOÏDE / ANTI-INFECTIEUX par voie locale.
S : organe des sens (œil).

e) NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires ALCON

4, rue Henri Sainte-Claire Deville

F-92560 RUEIL

MAISON CEDEX

6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol collyre, 5 ml

AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV

PPV : 30,10 DHS



406994

DU FABRICANT

U-BARCELONE

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Notice : Information de l'utilisateur

Notice : Information de l'utilisateur

Votre juge

MAXIDROL®, pommade ophtalmique

Dexaméthasone. Efficacité et sécurité dans les maladies oculaires. Efficacité des fonctions lacrymales. Efficacité des fonctions conjonctivales.

Sulfate de héomycine

Sulfate de polymyxine B

Dans le cas d'inflammation et de maladie de l'œil.

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

- 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 l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MAXIDROL, pommade ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER MAXIDROL, pommade ophtalmique ?

3. COMMENT UTILISER MAXIDROL, pd

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?

5. COMMENT CONSERVER MAXIDROL ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MAXIDROL, pommade ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?



Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g

A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI

PPV : 22,40 DHS

406805

696

696

696

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIEDate d'entrée 24/12/19 Heure 08h00Nom et Prénom du patient Aimi Mohamed Age _____

N° CIN du patient ou du tuteur _____

Adresse _____

Téléphone _____

Personne à contacter en _____ Téléphone _____
cas d'urgenceMédecin traitant Zafar Tahe Durée prévue d'hospitalisation 1127Motif d'hospitalisation Voir p.5Affiliation à une couverture maladie oui non

(ATTENTION : En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration maladie à l'attention d'un organisme d'assurance maladie.)

Partie réservée aux patients affiliés à une couverture maladie :

Nom et Prénom de l'assuré _____ lien de parenté _____

Organisme assureur _____

Mode de paiement : Payant Prise en charge

Nom et Prénom _____

Signature _____

Partie à compléter à la sortie :Date de sortie 24/12/19 Heure _____Durée d'hospitalisation 1127Nom & Prénom + Signature Aimi Mohamed

Casablanca, le 24/12/2019

Nom & Prénom : AINI MOHAMMED

Date d'entrée : 24/12/2019

Date de sortie : 24/12/2019

Médecin traitant : ZAFAD LAHCEN

DIAGNOSTIC : CHALAZION OD

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Sous AL à la xylocaine 2%,
- Eversion de la paupière à l'aide de la pince à chalazion ,
- Incision conjonctivale en regard du chalazion,
- Evacuation du contenu à la curette,
- Excision de la coque,
- Hémostase par compression,
- Désinfection betadine,
- Pommade antibiotique/ anti inflammatoire
- Pansement

Dr. Lahcen ZAFAD
 Ophtalmologiste ③
 Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmier - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA ②
 FACTURATION
 Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmier - Casablanca
 Tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG)
 Fax: 0522.25.00.01



Casablanca, le 27/12/19

PLI CONFIDENTIEL

Date de Constatation de la maladie :

Aimi Mohammed

Diagnostic :

chalazion OD

Traitement :

Traitement chirurgical

de chalazion

Durée :

1/2+

Cachet et Signature

DR. LAZAR ZAFAD
Ophtalmologiste ③
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca