

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-503959

N° D: 14516

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8355 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AINI MOHAMMED
 Date de naissance : 10.09.64
 Adresse : BP 8283 CASA OASIS CASABLANCA
 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 Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cholestérol cote 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 : Le : 24/12/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

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
24/12/19	Chalazion	02	18000	INP : 09000678X

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AYOUN 24, rue de la Liberté Alkot El Fassi - Mohammadia Tél : 05 23 31 07 42	20/12/19 20/12	162,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صحة المدينة

ع: 24/11/19

M^m: AINI MOHAMMED

Oeil à instiller :

2,10

- Maxidrol - Collyre :

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours.



2,40

- Maxidrol - pommade :

1 application le soir pendant 15 jours .



69,00

- Oxyal - collyre :

1 goutte 3 fois par jour pendant 2 mois.

Pharmacie AYOUR
Dr. S BOUARGAN
18, Angle Rue de Res et
Aït El Fassi Mohammed
Tél : 05 23 31 07 42



12,50

A revoir dans

~~Dr. Lahcen ZAFAD~~
~~Ophthalmologiste ③~~
~~Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard~~
~~Quartier Palmier - Casablanca~~

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

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

42000 MARSEILLE 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

Notice : Information de l'utilisateur

MAXIDROL®, pommade ophtalmique

Dexaméthasone

Sulfate de néomycine

Sulfate de polymyxine B

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 À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER MAXIDROL®, pommade ophtalmique ?
3. COMMENT UTILISER MAXIDROL®, pommade ophtalmique ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER MAXIDROL®, pommade ophtalmique ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES



6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805

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

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 24/12/19 Heure 08h00
Nom et Prénom du patient Aimi Mohammed Age _____
N° CIN du patient ou du tuteur _____
Adresse _____
Téléphone _____
Personne à contacter en _____ Téléphone _____
cas d'urgence
Médecin traitant Zafar Durée prévue d'hospitalisation 1/2
Motif d'hospitalisation Voir p.c
Affiliation 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 1/2
Nom & Prénom + Signature Aimi Mohammed

CLINIQUE AL MADINA ②
FACTURATION
angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.77.77.40 à 49 (L.G.)
Fax: 05.22.75.00.01

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 (L.C)
Fax: 0522.25.00.01



Casablanca, le

24/12/19

PLI CONFIDENTIEL

Date de Constatation de la maladie :

Aimi Mohammed

Diagnostic :

Chalazion OD

Traitement :

Traitement chirurgical
de chalazion

Durée :

1/27

Cachet et Signature

DR. LAABID ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca