

# 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.

## Biologie 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

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

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059168

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 69701 Société : 53411  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HALLAM Jilali  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0658985214 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 16/12/2020  
Nom et prénom du malade : FATAH NADMA Age : 67 ans  
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'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 : / /

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/12/2020      | LES               | 300                   | DH                              | الدكتور عثمان بورماني<br>Dr. Othmane BOURMANI<br>Ophtalmologiste |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie AHL ALBADR<br>Dr. LAHOUARI<br>Diplômée de la Faculté de SEVILLE ESPAGNE<br>05 22 34 13 39 | 16/12/20 | 355,80                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien                            | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| UNETTES ISLAM<br>Rue des Anglais Bhira Jadida<br>CASABLANCA | 22/12/2020     | AM     | PC | IM | IV | 25000                           |

# 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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins    | Coefficient        |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---------------------------|--|---------------------|--------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|                           |  |                     |                    | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 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]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     | 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'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

معيضة السريرة

16 décembre 2020

Mme FATTAH NAIMA

1/ PHYLARM

1 lavage oculaire matin et soir , dans les deux yeux, pendant 10 jours

2/ OPATANOL COLLYRE

1 goutte matin et soir , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

3/ DEXAFREE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour dans les deux yeux pendant 3 jours puis

1 goutte 2 fois par jour dans les deux yeux pendant 3 jours puis

1 goutte 1 fois par jour dans les deux yeux pendant 3 jours puis

Arrêt

4/ THEALOSE

1 goutte 4 fois par jour jusqu'à 3 mois, dans les deux yeux

2 boites

5/ GEL-LARMES

1 application, le soir, au coucher, dans les deux yeux, pendant 2

2 boites



الدكتور عثمان بورماني  
Dr. Othmane BOURMANI  
Ophtalmologiste

Pharmacie AHL ALBADR  
Dr. LAHLOU BTISSAM  
Diplômée de la Faculté de SEVILLE ESPAGNE  
05 22 34 13 39



# **OPATANOL® 1 mg/mL, collyre en solution.**

Olopatadine.

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir section 4.

**Que contient cette notice**

1. Qu'est-ce qu'OPATANOL et dans quel cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser OPATANOL
3. Comment utiliser OPATANOL
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver OPATANOL
6. Contenu de l'emballage et autres inform



êtes traité par DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose,

- o si vous avez un glaucome.
- Enfants : le traitement continu de longue durée doit être évité.
- Conjonctivite allergique sévère : si vous avez une conjonctivite allergique sévère qui ne répond pas à un traitement standard, vous devez prendre DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose uniquement sur une courte durée.
- Diabétique : si vous êtes diabétique, vous devez en informer votre ophtalmologiste.
- Ceil rouge : si vous avez un œil rouge non diagnostiqué, vous ne devez pas utiliser DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose.
- Lentilles de contact : vous devez éviter le port des lentilles de contact pendant le traitement par DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose.

Autres médicaments et DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose

En cas de traitement concomitant par un autre collyre en solution, attendez 15 minutes entre chaque instillation.

Des précipitations de phosphate de calcium à la surface de la cornée ont été rapportées en cas d'utilisation concomitante locale de corticoïdes et de bêta-bloquants.

*Informez votre médecin ou pharmacien si vous utilisez, avez récemment utilisé ou pourriez utiliser tout autre médicament.*

#### Grossesse et allaitement

Il n'existe pas de données suffisantes sur l'utilisation de DEXAFREE pendant la grossesse pour évaluer les effets indésirables potentiels.

C'est pourquoi il est recommandé de ne pas utiliser DEXAFREE pendant la grossesse.

On ignore si ce médicament est excrété dans le lait maternel. Cependant la dose totale de dexaméthasone est faible.

En conséquence DEXAFREE peut être utilisé pendant l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

## 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Aspect de DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?

La substance active est :

Phosphate de dexaméthasone..... 1 mg

Sous forme de phosphate sodique de dexaméthasone

Pour 1 ml de solution.

Les autres composants sont :

Edétate disodique, phosphate disodique dodécahydraté, chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.

Qu'est-ce que DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose et contenu de l'emballage extérieur ?

DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose est un collyre en solution en récipient unidose.

Il se présente sous forme d'une solution limpide, incolore à légèrement brune en récipients unidoses de 0,4 ml.

Boîte de 10, 20, 30, 50 ou 100 récipients unidoses conditionnés en sachets. Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

Titulaire/Exploitant/Détenteur de la DE

**Laboratoires Théa**

12, rue Louis Blériot

63017 Clermont-Ferrand Cedex 2

France

Fabricant

**Excelvision**

27 rue de la Lomb

ZI de la Lombardie

07100 Annonay - I

**Ce médicament e**

**Economique Euro**

Bulgarie, Chypre, Et

Royaume-Uni et Suède

Italie et Espagne



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



pace

gal,

DEXAFREE

DEXAFREE

CLINIQUE AL MADINA



مصحف السريرة

16 décembre 2020

**Mme FATTAH NAIMA**

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = - 9.50 (- 1.50 à 50°)

OG = - 9.50 (- 1.00 à 145°)

LUNETTES ISLAM  
111, Rue des Anglais Bhira Jadida  
CASABLANCA

الدكتور عثمان بوريماضي  
Dr. Othmane BOURMANI  
Ophtalmologiste



# نظارات إسلام LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente: 30011275

ICE: 133339400076

Facture N° 004693

Casablanca de

22/12/2020

M

FATTATES ISLAM

Doit

| Monture des Verres           | Vision de loir | Vision de Prés | Doubles Foyers | Varilux  |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------|
| CRMA<br>OK                   | OD<br>OG       | OD<br>OG       | OD<br>OG       | OD<br>OG |
| 2 MONTURE                    |                |                |                | 100000   |
| V.L: - OD (-150 e 50) - 9.50 |                |                |                | 75000    |
| - OG (-100 e 145) - 9.50     |                |                |                | 75000    |
| V.L: - OD                    |                |                |                |          |
| - OG                         |                |                |                |          |
| ADD./                        |                |                |                |          |
| TOTAL                        |                |                |                | 250000   |

Arrêtée la presente facture à la somme de

Cinq Cent d's