

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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° M21- 074975

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2725 Société : 90226
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HARTOUN EL MILAOUDE
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06 71 30 66 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

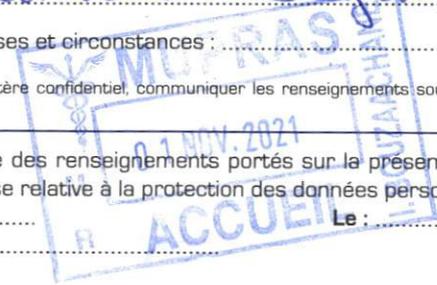
Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/10/2021
 Nom et prénom du malade : HARTOUN EL MILAOUDE Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Cataracte secondaire
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

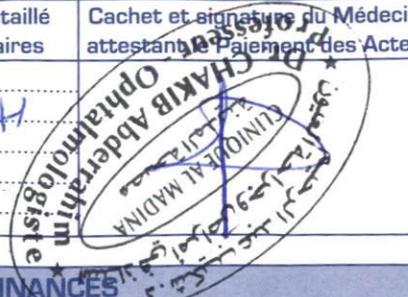
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
21/10/21		5	3.000,4	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/21	18,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

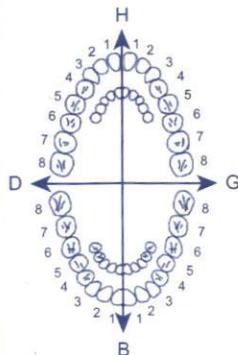
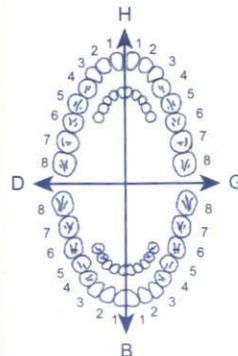
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

CLINIQUE ALMADINA

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 وداء جلالة

أمراض الشبكية وجراحة العيون

Mme HARTOUN El Miloudia

18.50

1/ SOPHTAL:COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours



Notice : Informations de l'utilisateur

SOPHTAL® 0,1 POUR CENT, collyre
Acide salicylique

Flacon de 10 ml

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

• Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
• Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
• Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, L'œil fermé, essayez.
Refermer le flacon à l'œil fermé, légèrement et en tirant légèrement.

Vous remarquerez un effet indésirable non mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
• Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous sentez moins bien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE SOPHTAL 0,1 POUR CENT, COLLYRE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, COLLYRE ?
3. COMMENT UTILISER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, COLLYRE ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, COLLYRE ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE SOPHTAL 0,1 POUR CENT, COLLYRE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classé pharmacothérapeutique : ANTISEPTIQUE LOCAL / ASTRINGENT LEGER
(S = organe sensible)
Indications thérapeutiques
Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) et est réservé dans les indications mentionnées dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

n'utilisez pas de machines avant que cet effet ait disparu.

3. COMMENT UTILISER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, COLLYRE ?

Posologie
Instillez une goutte chaque œil malade.

Mode et voie d'administration
Voie locale
EN INSTILLATION

Se laver soigneusement
Eviter de toucher le flacon.

Fréquence et modalités d'administration
En cas de traitement collyre, il convient d'attendre 15 minutes avant son installation.

Si vous avez utilisé plus de SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre que vous n'auriez dû :
Une utilisation excessive ou prolongée pourra aggraver les effets indésirables. Dans ce cas, rincez abondamment l'œil avec de l'eau tiède ou du sérum physiologique.
Si une gêne persiste, informez-en votre médecin ou votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. Des réactions d'irritation locale et d'hypersensibilité peuvent survenir.
Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Indications thérapeutiques
(S = organe sensible)
Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) et est réservé dans les indications mentionnées dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Handwritten note on a pink sticky note:

05/8/18

LOT 211197

EXP 05 2023

PPV 18 00

1014800

Relevé des prestations

N° : 0 / 2021 du 21/10/2021

CONSULTATION

Nom patient **HARTOUN EL MILOUDIA**
PAYANT

Entrée 21/10/2021

Sortie 21/10/2021

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

0.00

CLINIQUE AL MADINA
 Coisse
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01