

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.

Diologie 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.

Education :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 074976

☐ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2725 Société : 90225

☐ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre

Nom & Prénom : HARTOUN EL M. L. Oudia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0671304486 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2021

Nom et prénom du malade : Hartoun EL M. L. Oudia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même☒ Conjoint☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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
28/10/21		5	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

77 28-10-21 77,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

28/10/2021 Lase yAG 10000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

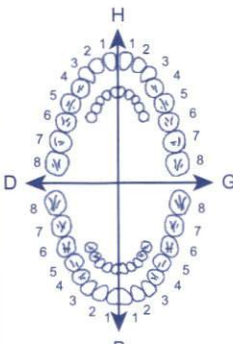
AM PC IM IV

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

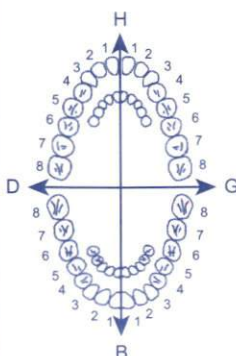
SOINS DENTAIRE	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



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

28 octobre 2021

Mme HARTOUN El Miloudia

77.10

1/ DEXAFREE COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois



CLINIQUE AL MADINA



مصحة المدينة

ORDONNANCE

COMPTE RENDU LASER

Patient : Mr. Mlle :

Mr. Mlle : Hartam EL Ripandia

A bénéficié : Séance (s)

1 séance

Nature du laser :

☐ Argon

☒ Yag

☐ Pascal

Nature de la maladie :

cataracte secondaire

Casablanca le, 28/10/2011



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

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

28/11/2019
CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01

Mme HARTOUN El Miloudia

Laser Yag OD

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

د. شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
CLINIQUE AL MADINA
مصحة المدينة
* CHAKIB Abderrahim *
Professeur - Ophtalmologiste

F A C T U R E

N° : 16083 / 2021 du 28/10/2021

LASER YAG

Nom patient **HARTOUN EL MILOUDIA**
PAYANTEntrée 28/10/2021
Sortie 28/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER YAG	1.00		1 000.00	1 000.00
			Sous-Total	1 000.00
Total Clinique				1 000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	1 000.00
MILLE DIRHAMS				0.00

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

et d'autres troubles de la vue peuvent affecter l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Ne pas conduire de véhicules ou utiliser des machines avant le retour de la vision normale.

3. COMMENT UTILISER DEXAFREE 1 mg/ml, collyre en solution en récipient unidose ?

Posologie

Veillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

La dose recommandée est de 1 goutte, 4 à 6 fois par jour, dans l'œil malade. Dans les cas graves, le traitement peut débuter par 1 goutte toutes les heures et doit être réduit à 1 goutte toutes les 4 heures dès qu'une réponse favorable est observée. Une réduction progressive de la posologie est recommandée pour éviter un effet rebond.

- Chez les personnes âgées, aucun ajustement de posologie n'est nécessaire.
- Chez les enfants, le traitement continu de longue durée doit être évité.

Mode d'administration

Voie ophtalmique : ce médicament est destiné à être administré dans l'œil.

• Lavez-vous soigneusement les mains avant l'utilisation du produit.

• Instillez **1 goutte dans l'œil malade**, en tirant la paupière inférieure vers le bas et en

- Immédiatement après instillation, appliquez avec votre doigt sur l'angle interne de l'œil pendant quelques minutes et
- **Jetez l'unidose** après utilisation. Ne la réutilisez pas.

Fréquence d'administration
4 à 6 fois par jour.



Distribué par COOPERS PHARMA - 41, rue Mohamed El-Bachir
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amna DAOUDI

23329002

Danemark, Finlande, Norvège..... MONOFREE DEXAMETHASON MONOPEX

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est le 22/09/2014.

Date approbation Algérie: MAI 2015

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site Internet de l'Ansm (France).

Liste I

DE Algérie n° : 14/17G 173/022

Enreg. TN :

Enreg. MA : 441/15/DMP/21/NNP



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT
> WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE