

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0007894

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1217 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 148010

Nom & Prénom : ZOUIN KADA

Date de naissance : 15/07/1950

Adresse : 72, RUE DE RONE CASABLANCA

Tél. : 0667417088 Total des frais engagés : 1261,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2023

Nom et prénom du malade : ZOUIN KADA Age :

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

Nature de la maladie : affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 03/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

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
27/01/2023			300,	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie My Idriss 1er 60, Bis Bd. Molay Idriss 1er Sablance - Tel: 05222288465	27/01/23	1961,10

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 de l'ODF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G 00000000 00000000 11433553 21433552 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux
Chirurgie des voies lacrymales
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر.
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,

27/01/2023

ZOUIN Kada



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0.4 ml - PPV : 77,10 DH

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

203.10 x 8
- LUMIGAN 0.1mg/ml

1 goutte, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

130.10 x 2
- HyFresh collyre solution stérile

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

77.10
- Dexafree 1mg/ml collyre en solution

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

صيدلية محمد ميكو
Pharmacie Mikou
Mme. Sbaï Bouchra
60 Bis Bd Mole: 28 04 65
Casablanca - Tél: 06 61 09 57 50

Dr. Mohammed Mikou
Ophtalmologiste
Angle Bd. Abdelmoumen, 2^{ème} étage N° 18
28ème arrondissement, Casablanca
Tél: 06 61 09 57 50

HyFresh

Lot: 103378
Fab: 10 21
Exp: 10 24
PPC: 130 DH 00

HyFresh

Lot: 10334
Fab: 02 22
Exp: 02 25
PPC: 130 DH 00



Notice : Information De l'Utilisateur

LUMIGAN®

0.1 mg/ml, collyre

Bimatoprost

Flacon de 3 ml



Vel
des

solution
bimatoprost

PPV.203DH00

de avan

bin de
us d'inf
t presc
leur n
ou si vi

PPV.203DH00

ng/ml
en solution
bimatoprost

contient

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que LUMIGAN® 0.1 mg/ml, collyre
2. Quelles sont les informations à connaître
3. Comment utiliser LUMIGAN® 0.1 mg/ml
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver LUMIGAN® 0.1 mg/ml
6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que LUMIGAN® 0.1 mg/ml

Classe pharmacothérapeutique ou le type de médicament

Code ATC : S01EE03

LUMIGAN® est un médicament antiglaucomeux

Indications thérapeutiques :

LUMIGAN® est utilisé pour réduire la pression intraoculaire en monothérapie ou en association avec d'autres médicaments.

L'œil contient un liquide aqueux et transparent qui produit pour le remplacer. Si le liquide ne peut pas augmenter la quantité de liquide évacué. Cela dir une maladie appelée glaucome et conduire finalement à la détérioration de la vision.

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser LUMIGAN® 0.1 mg/ml

Sans objet.

Contre-indications :

Ne prenez jamais LUMIGAN® 0.1 mg/ml, collyre

- Si vous êtes allergique au bimatoprost ou à l'un de ses excipients
- Si vous avez précédemment dû arrêter d'utiliser LUMIGAN® 0.1 mg/ml

Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

Faites attention avec LUMIGAN® 0.1 mg/ml :

Avant d'utiliser ce médicament, informez votre médecin :

- si vous avez des problèmes respiratoires,
- si vous avez des troubles hépatiques ou rénaux,
- si vous avez subi dans le passé une chirurgie de la cataracte,
- si vous souffrez de sécheresse oculaire,
- si vous avez ou avez eu des problèmes de cornée (partie avant transparente de l'œil),
- si vous portez des lentilles de contact,
- si vous avez ou avez eu une tension artérielle basse ou un rythme cardiaque lent,
- si vous avez eu une infection virale ou une inflammation de l'œil.

LUMIGAN® peut provoquer un assombrissement et un allongement de vos cils, et assombrir également la peau qui entoure vos paupières. La couleur de votre iris peut aussi s'assombrir au fil du temps. Ces modifications peuvent être permanentes. Le changement peut être encore plus visible si vous ne traitez qu'un seul œil.