

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-415806

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 19547			
Société : ROYAL AIR MAROC			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELFOULANI Kabil			
Date de naissance : 09/02/1985			
Adresse : RES LES CHAMPS 04 Appt B12 QN NASSIM CASABLANCA			
Tél. : 06 61 16 63 37	Total des frais engagés : 37,20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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

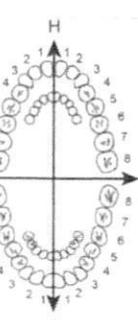
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/06/2019

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 												
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>					25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
				25533412	21433552											
				00000000	00000000											
				00000000	00000000											
35533411	11433553															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Casablanca 28/06/19

Facture N°

29

M.

Quantité	désignation	Prix	Montant
01	furithemic <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">S.V.</span>	37.20	37.20
Annexe la présente facture à la somme			
de trente sept et vingt centimes			
 <b>PHARMACIE HO</b> Dr. ALI BADRY 326, LOT 1001 CASABLANCA MA-20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05 22 83 05 00 www.ph20.ma			



# 1%, gel ophtalmique

## Acide fusidique

avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice. Vous pourrez la consulter ultérieurement.
- 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 Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
3. Comment utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
6. Informations supplémentaires.

### 1. QU'EST-CE QUE FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est destiné à l'œil et se présente sous forme de gel ophtalmique. Il contient un antibiotique, l'acide fusidique, qui agit en tuant certaines bactéries responsables d'infections.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil et des paupières : conjonctivite, kératite (inflammation de la cornée d'origine bactérienne), ulcères de la cornée, blépharite (inflammation des paupières d'origine bactérienne) et orgelets (infection d'une glande située dans la paupière se présentant habituellement comme une pustule centrée sur un cil).

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAIRE AVANT D'UTILISER FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ?

#### N'utilisez jamais Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acide fusidique ou à l'un des autres composants contenus dans ce gel.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### Faites attention avec Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :

Ne pas avaler.

Ne pas prolonger le traitement au-delà de la date prévue sur l'ordonnance. En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

éviter le contact avec les lentilles de contact souples. Retirer les lentilles de contact avant application et attendre 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium peut être absorbé par les lentilles de contact souples et les colorer.

D'une façon générale, il est recommandé de ne pas porter de lentilles de contact lors d'une infection oculaire.

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

#### Utilisation d'autres médicaments

L'efficacité de ce gel peut être perturbée par l'application simultanée d'un autre médicament sur l'œil. En cas de traitement concomitant par un deuxième collyre ou gel ophtalmique, il convient d'attendre 15 minutes entre chaque instillation ou application.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

#### Informations importantes concernant certains composants de Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

### 3. COMMENT UTILISER FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ?

#### Posologie

Ce médicament vous a été personnellement prescrit dans une situation précise :

- il ne peut être adapté à un autre cas ;
- ne pas le réutiliser sans avis médical ;
- ne pas le conseiller à une autre personne.

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante :

1 goutte le matin et 1 goutte la soir, dans l'œil où les yeux atteints.

### Durée du traitement

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé. La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Si vous avez utilisé plus de Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique que vous n'auriez dû :

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous publiez d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :

N'utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez publiée d'utiliser.

Si vous arrêtez d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :

Consultez toujours votre médecin si vous envisagez d'arrêter le traitement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous remarquez des effets indésirables ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique après la date de péremption mentionnée sur la boîte. La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois.

Ne pas utiliser au-delà de 15 jours après première ouverture du tube.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

### 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?

La substance active est :

Acide fusidique.

Les autres composants sont :

Chlorure de benzalkonium, édétate de sodium, mannitol, carbomère (carbopol 974P), solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Excipients à effet notable :

Chlorure de Benzalkonium

Qu'est ce que Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de gel ophtalmique. Tube de 3 g.

#### Titulaire

Amidipharm Limited,  
Temple Chambers  
3 Burlington Road  
Dublin 4, Irlande

#### Fabricant :

LEO Laboratories Ltd.  
Cassel Road  
Dublin 12  
Irlande

Etablissement Pharmaceutique Titulaire de l'AMM au Maroc :

POLYMEDIC  
Rue Amzaz 10  
Boulevard Amzaz  
Casablanca - MAROC

030941-00