

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0014899

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00845 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAOULI Touda Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0014899

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(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

conditions générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
- R - Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés
ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit
révenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de
chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale
ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0207271

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : FAOULI TOUDA
Matricule : 000845 Fonction : Veuve Poste :
Adresse : SIDI EL KHADIR RUE 37 N° 4 H.H. CASA
Tél. : 06 67 78 24 71 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : FAOULI TOUDA Age : 51
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Bronchites
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A : casa le 28/06/2019
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin :
MUPRAS
04 JUL 2019
ACCUEIL

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
28/06/19	S		2008	
01/07/19	S		300	
01/07/19	S		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	02/07/19	318,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

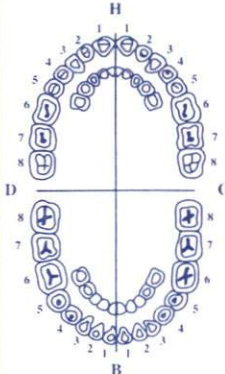
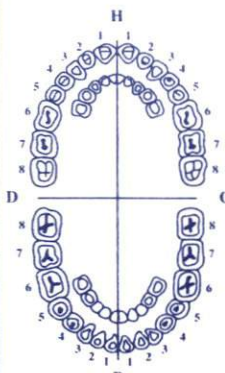
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
</						

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D 00000000</td><td>00000000 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	D 00000000	00000000 G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	D 00000000	00000000 G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction)			MONTANT DES SOINS												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



ORDONNANCE

02/10/2019

27,50 FAOULI - TESSIM DA

1 - I cina codyn

18t 5x/j → 7

35,70

2 -

Tabradex codyn

18t 5x/j → 10

26,40

3 -

Serdex pd

une dose 6 sem → 10

32,50

4 -

Rondex skils

196,50

5 -

sepen 500mg

14 2x/j

318,60



TOBRADEX[®], collyre en suspension

Dexaméthasone, Tobradex



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS



406833

Veillez lire attentivement l'intégralité de ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- 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 TOBRADEX, collyre en suspension et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TOBRADEX, collyre en suspension ?
3. Comment utiliser TOBRADEX, collyre en suspension ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TOBRADEX, collyre en suspension ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE TOBRADEX, collyre en suspension ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ASSOCIATION CORTICOÏDE/ANTI-INFECTIEUX par voie locale.

(S : organes sensoriels).

La dexaméthasone base est un ANTI-INFLAMMATOIRE stéroïdien puissant.

La tobramycine est un ANTIBIOTIQUE de la famille des aminosides.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBRADEX, collyre en suspension ?

N'utilisez jamais TOBRADEX, collyre en suspension :

- antécédents d'allergie à l'un des constituants du collyre, notamment la tobramycine (antibiotique de la famille des aminosides),
- infection débutante de l'œil d'origine virale,
- affection mycosique.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin :

- pendant la grossesse et l'allaitement,
- en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (voir Prise d'autres médicaments),
- en association avec d'autres aminosides administrés simultanément (voir Prise d'autres médicaments),
- en association avec les polymyxines par voie parentérale (voir Prise d'autres médicaments),
- en association avec la toxine botulique (voir Prise d'autres médicaments).

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec TOBRADEX, collyre en suspension :

Mises en garde spéciales

- En cas d'hypersensibilité, le traitement doit être arrêté.
- Chez certains patients.

STERDEX pommade ophtalmique

Dexaméthasone 0,267 mg /

Oxytétracycline 1,335 mg

PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ

338R1/17 DMP/21/NRQ رقم التسجيل بالمرتب

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

22986

 **Théa**

retard de

AS HÉSITÉ

DECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

CONSERVATION

N'PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE
CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

CAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Conserver à une température inférieure à 25°C. Après usage, le récipient unidose
être jeté. Ne pas réutiliser un récipient unidose déjà entamé.

de révision de la notice : Décembre 2010

d'approbation de la notice en Algérie : Septembre 2013

Conseils/Education sanitaire :

savoir sur les antibiotiques ?

Antibiotiques sont efficaces pour combattre les infections dues aux bactéries. Ils
ont pas efficaces contre les infections dues aux virus.

Par conséquent, votre médecin a choisi de vous prescrire cet antibiotique parce qu'il convient
selon votre cas et à votre maladie actuelle.

Les bactéries ont la capacité de survivre ou de se reproduire malgré l'action d'un
antibiotique.

Ce phénomène est appelé résistance : il rend certains traitements antibiotiques inactifs.
La résistance s'accroît par l'usage abusif ou inapproprié des antibiotiques.

Vous risquez de favoriser l'apparition de bactéries résistantes et donc de retarder
votre guérison ou même de rendre inactif ce médicament, si vous ne respectez pas :

la dose à prendre,

les moments de prise,

la durée de traitement.

Conséquence, pour préserver l'efficacité de ce médicament :

Utilisez un antibiotique que lorsque votre médecin vous l'a prescrit.

Respectez strictement votre ordonnance.

Ne réutilisez pas un antibiotique sans prescription médicale même si vous
pensez combattre une maladie apparemment semblable.

Ne donnez jamais votre antibiotique à une autre personne, il n'est peut être
adapté à sa maladie.

Après la fin de votre traitement terminé, rappelez à votre pharmacien toutes
les boîtes entamées pour une destruction correcte et appropriée de ce
médicament.

E I

Algérie n°: 13/00/17D117/022

TN : 8443091

MA : 338R1/17 DMP/21/NRQ

N2680CA12MAG/1117

Important: lire attentivement!

Icin® 0.3 %

PPV : 27 DH 50



xacine 0.3 %

almique stérile

COMPOSITION :

Chaque ml contient :

Principe actif : Chlorhydrate de ciprofloxacine 3.5 mg (équivalent à 3.0 mg de ciprofloxacine base)

Agent conservateur : Chlorure de Benzalkonium 0.06 mg.

INDICATIONS :

Icin® solution ophtalmique stérile est un agent antibactérien à large spectre utilisé contre les infections oculaires, indiqué dans le traitement des ulcères cornéens et des infections superficielles de l'œil causées par des souches sensibles à la ciprofloxacine.

MISE EN GARDE :

Ne pas injecter dans l'œil.

Ce produit ophtalmique contient du chlorure de benzalkonium comme agent conservateur, qui peut se coller sur des lentilles de contact ; par conséquent, ce produit ne peut pas être utilisé quand les lentilles sont en place. Ces lentilles doivent être ôtées avant l'application de ce produit, et ne doivent pas être remises en place avant 15 minutes après l'utilisation.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des composants du produit.
- Allaitement.

PRECAUTIONS :

Le traitement doit être interrompu dès les premiers signes d'éruption cutanée ou de toute autre réaction d'hypersensibilité.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

vu que les données cliniques sur l'utilisation de la ciprofloxacine par voie systémique sont encore insuffisantes, l'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

L'administration de ce médicament fait contre indiquer l'allaitement.

EFFETS INDÉSIRABLES :

Sensation de brûlure locales transitoires, démangeaison, hyperhémie conjonctivale avec formation de croûtes sur les bords de la paupière, et des fois, goût amer après instillation.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Icin® solution ophtalmique stérile à usage oculaire, 1 à 2 gouttes, 3 à 4 fois par jour dans l'œil ou les yeux atteints ou selon les recommandations de votre médecin traitant.

CONSERVATION :

Conserver à une température de 15 à 25 °C.

Ne pas utiliser au-delà de 30 jours après la première ouverture du flacon.

PRESENTATION :

Icin® solution ophtalmique stérile, 5ml en flacon PEBD.
Tableau A (liste I).

(CECI EST UN MÉDICAMENT)

- Un médicament est un produit qui agit sur votre santé et sa consommation non conforme aux prescriptions vous expose à un danger.
- Respectez rigoureusement l'ordonnance de votre médecin et suivez le mode d'emploi donné par votre pharmacien.
- Votre médecin et votre pharmacien connaissent le médicament ses indications et ses contre-indications.
- N'interrompez pas de votre propre initiative le traitement durant la période prescrite.
- Ne le reprenez pas sans consulter votre médecin.

NE LAISSER JAMAIS LES MÉDICAMENTS À LA PORTÉE DES ENFANTS.

Conseil des Ministres Arabes de la Santé & Syndicat des Pharmaciens Arabes



Ophthalmics

Icin® est un produit de qualité fabriqué par :



جمجوم فارما
Jamjoom Pharma

P.O.Box 6267 Jeddah - 21442-Arabie Saoudite



bottu SA

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca - Maroc
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

اللايزر

28 JUIN 2019

Casa le :

FAOULI - Tounda

Cataracte de OD

Phaco de OD

Puissanc Implant

OD : 22,5

C P A

Dr. Bouksim M.
OPHTH. MAL. OULFA
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L30 1er étage
Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 91 41 11



Casablanca, le 01/07/2019

FACTURE

Nom de patient : FAOULI TOUDA

Diagnostic : Cataracte

Acte : Cs de preme thesine

Part Clinique : 150 DH

Part Medecin : 150 DH

Cachet et Signature

Dr. ACHIAKH M'ouda
Anesthésiste - Réanimateur
CASA