

# 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 couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués 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  
VENTORIUM  
OUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
es répétés en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs échelonnées  
le temps.

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

## EN CAS D'URGENCE

Actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 791140

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ETTANOUTI MOHAMED  
Matricule : 1564 Fonction : Retraite Poste : ---  
Adresse : 16, Rue EL OUKHOUE CASABLANCA  
Tél. : ..... Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ETTANOUTI Mohamed Age 21 04 54  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : .....  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A ..... le ..... / ..... / .....  
Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois






## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 26/07/19 | 7570                  |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

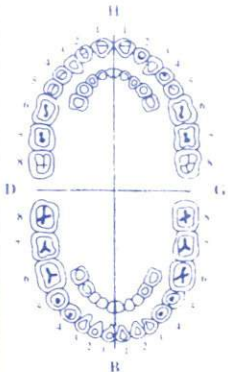
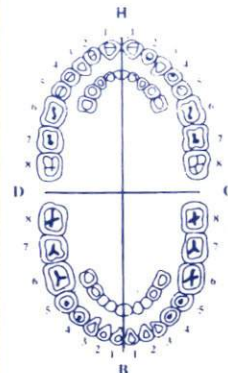
## AUXILIAIRES MEDICAUX

| 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|--|---|---------------------|------------------------|----------------------------|--|--|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|--|----------------------------|
|   |   |                     |                        | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | MONTANT<br>DES SOINS       |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | FIN<br>D'EXECUTION         |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table> |                     |                        | H                          |  |  | 25533412 |  | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | D |  | G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|  | H   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  | 25533412  |                     | 21433552               |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  | 00000000  |                     | 00000000               |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  | D   |                     | G                      |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  | 00000000  |                     | 00000000               |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  | 35533411  |                     | 11433553               |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  | B   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | MONTANT<br>DES SOINS       |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     | DATE DU<br>DEVIS       |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Le 26/05/19

**Facture N°** 65

M: ETNAOUTI' Mohamed



| Quantité | Désignation | P. Unit. | P. Total |
|----------|-------------|----------|----------|
| 1        | Zalerg      | 7570     |          |



14, Rue Sidi Mohammed  
Casablanca  
Tél: 022 30 26 30



6 118001 102495

**ZALERG 0,25 mg/ml**

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DHOUDI



# Zalerg 0,25 mg/ml

## Collyre en solution

### Kétotifène

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution ?
3. Comment utiliser ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution ?
6. Informations supplémentaires.

#### **1. QU'EST-CE QUE ZALERG 0,25 MG/ML, COLLYRE EN SOLUTION ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

ZALERG est un collyre en solution, sans conservateur, contenant du kétotifène, une substance active anti-allergique.

ZALERG est préconisé dans le **traitement symptomatique de la conjonctivite allergique saisonnière**.

#### **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ZALERG 0,25 MG/ML, COLLYRE EN SOLUTION ?**

**N'utilisez jamais ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution :**

Si vous êtes allergique (hypersensible) :

- au kétotifène (substance active),
- ou à l'un des autres composants contenus dans ZALERG (voir rubrique 6 : Informations supplémentaires).

#### **Utilisation d'autres médicaments**

Si vous devez utiliser un autre collyre en même temps que ZALERG collyre, attendez au moins 5 minutes entre les deux instillations.

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.

Ceci est particulièrement important si vous prenez

indésirables inattendus, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous avez utilisé plus de ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution que vous n'auriez dû :**

Il n'y a pas de risques si vous avez avalé accidentellement quelques gouttes de ZALERG. De même, ne vous inquiétez pas si vous avez instillé accidentellement plus d'une goutte dans votre œil.

**Si vous oubliez d'utiliser ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution :**

Instillez une goutte dès que possible, puis revenez à la posologie normale. Assurez-vous que la goutte tombe bien dans l'œil. N'instillez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée.

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, ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les effets indésirables oculaires suivants ont été décrits :

##### **Fréquents**

**(affectant moins de 1 patient sur 10) :**

- irritation ou douleur oculaire,
- inflammation de l'œil.

##### **Peu fréquents**

**(affectant moins de 1 patient sur 100) :**

- vision trouble,
- sécheresse oculaire,
- irritation des paupières,
- conjonctivites (inflammation de la surface de l'œil),
- augmentation de la sensibilité des yeux à la lumière,
- saignement visible dans le blanc de l'œil,
- maux de tête,
- somnolence,
- éruption cutanée (avec éventuellement des démangeaisons),
- eczéma (éruption avec rougeur, démangeaisons et sensation de brûlure),
- sécheresse buccale,
- réaction allergique.

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.

#### **5. COMMENT CONSERVER ZALERG 0,25 MG/ML, COLLYRE EN SOLUTION ?**

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

Ne pas utiliser ZALERG après la date de péremption mentionnée sur la boîte ou le flacon après EXP. La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois.

ZALERG peut être utilisé jusqu'à 8 semaines après la première ouverture.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au