

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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

Régulation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 063584

N° 38949

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Mr IBRAHIMI Mohamed

Date de naissance : 04-4-1944

Adresse : 47 Mustapha EL MANFAOUTI -

CANTON CASABLANCA

Tél. : 0661241340 Total des frais engagés : 441,90 Dhs

### 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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 4/9/20

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>صيدلية الروداني</b> <b>PHARMASIE ROUDANI</b> Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU Brahim Roudani Vers Mly Youssef Maârif - Casablanca Tél: 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24	11/08/2020	76,20
	02/09/2020	365,70
		441,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

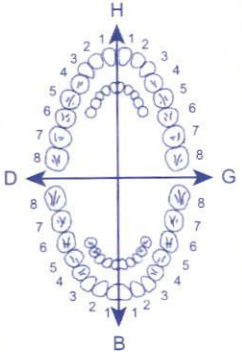
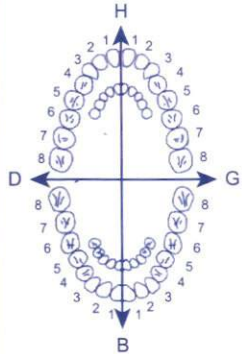
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 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

Casablanca, le 11-08-20. ....: الدار البيضاء، في:

73 Ibrahimi Mohamed

76, 20

Azyter collyre

1 gtt x 2/5 13g

صيدلية الروداني  
**PHARMACIE ROUDANI**  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
76, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

DELABORI

**Dr. EL ALAOU Saïda**  
**Ophthalmologiste**  
207, Boulevard ZEPH TOUNI  
CASABLANCA - Tél: 05 22 94 91 66

**43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA**

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - R.C.: 74087 - Patente: 35504150  
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37  
Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

**43, شارع الراشدي - الدار البيضاء**

ص.و.ض.ح. 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت.: 74087 - البنانا: 35504150  
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 22 12 96  
الفاكس: 05 22 22 03 57

FR

# Azyter 15 mg/g,

## collyre en solution en récipient unidose

### Azithromycine dihydrate

entièrement l'intégralité  
avant d'utiliser ce

notice, vous pourriez avoir  
lire.

toute autre question, si  
toute, demandez plus  
à votre médecin ou à votre

t vous a été  
nt prescrit. Ne le donnez  
d'un d'autre, même en cas  
identiques, cela pourrait lui

s indésirables devient grave  
 Marquez un effet indésirable  
dans cette notice, parlez-en  
ou à votre pharmacien.

AZYTER 15 mg/g, collyre en  
ent unidose et dans quel

formations à connaître  
AZYTER 15 mg/g, collyre en  
nt unidose ?

AZYTER 15 mg/g, collyre en  
nt unidose ?

ts indésirables éventuels ?  
er AZYTER 15 mg/g, collyre  
pient unidose ?  
émentaires.

#### Grossesse

AZYTER peut être utilisé pendant la grossesse.  
Ce médicament peut vous être prescrit par  
votre médecin pendant votre grossesse, s'il le  
juge nécessaire.

#### Allaitement

Quelques données montrent que  
l'azithromycine est excrétée dans le lait  
maternel. Ce médicament peut être utilisé  
pendant l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si  
vous pensez être enceinte ou si vous planifiez  
une grossesse, demandez conseil à votre  
médecin ou à votre pharmacien avant de  
prendre ce médicament.

#### Conduite de véhicules et utilisation de machines

La vision peut être brouillée de façon passagère  
après l'administration du produit dans l'œil.  
Attendez d'avoir retrouvé une vision normale  
avant de conduire un véhicule ou d'utiliser des  
machines.

3. COMM  
COLLY  
UNID

**Azyter 15 mg/g**

Collyre, 8/6 récipients unidoses  
PPV : 76.20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI



G/G,  
ENT

Ce médicament est administré  
dans l'œil (voie ophtalmique).

Veillez à toujours utiliser ce médicament  
en suivant exactement les indications de  
votre médecin ou du médecin traitant votre





PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :768160

Date : 02/09/2020

M L D

Client :

MR IBRAHIMI MOHAMED

Désignation Produits

FLUCON COLLYRE  
MONOPROST COLLYRE  
COSOPT COLLYRE

Quantité	P.V	Total
1	22.60	22 60
1	178.90	178.90
1	164.20	164.20

T = 365,70

صيدلية الروداني  
PHARMACIE ROUDANI  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
25, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

# FLUCON® , collyre

## Fluorométholone

### b) COMPOSITION

Fluorométholone ..... 0,1 g  
Chlorure de benzalkonium ..... 0,01 g  
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80,  
chlorure de sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinylique,  
méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de  
sodium pour ajuster le pH, eau purifiée ..... q.s.p. 100 ml

### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 3 ml.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CORTICOÏDES

### e) NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE / EXPLOITANT

Laboratoires ALCON  
4, Rue Henri Sainte-Claire Deville  
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

### NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

ALCON CUSÍ, S.A.  
E-08320 El Masnou-Barcelone

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ? (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

La fluorométholone est un anti-inflammatoire qui appartient au groupe des corticostéroïdes.

Ce médicament est indiqué pour traiter certaines maladies inflammatoires de l'œil.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS)

En cas d'infection ou de lésions de la surface de l'œil (surtout la cornée)  
telle qu'une infection bactérienne, fongique (due à un champignon microscopique) virale (provoquée, par exemple, par le virus herpétique ou la varicelle-zona) ou amibienne.

Si vous êtes allergique à la fluorométholone ou à l'un des autres composants

6"118001"07

Flucon Collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

LOT T002100 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancienne interne et attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le jeudi 23 juillet 2020

Monsieur IBRAHIMI Mohamed

RV IVT le 10/8/2020 15h30

CLINIQUE RACHIDI

*infection  
œil gauche*

**Dr. EL ALAOUI Saida**  
**Ophtalmologiste**

207, Boulevard ZERKTOUNI

Tél.: 05 22 94 91 66 - CASA