

# 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.

## 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.

## Éducation :

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](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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 064371

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 256402 Société : 45476

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZINELKHEIR HALIMA

Date de naissance : 23-6-1968

Adresse : 373 OTMANIA SIDIBE WOUR

Tél. : 06-70-9407-28 Total des frais engagés : 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 : Le : 22/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

# 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)
- Y = 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 kinsithérapeute
- 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  
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 échelonnées

ans les 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 évenir 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 MU 036530**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : 3me EL Kheir Halima Age 32 / 08 / 2020  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 32/08/2020  
Nature de la maladie : Vice de conception  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A ..... le ..... / ..... / .....  
Signature et cachet du médecin .....  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

**DECLARATION MU 0036530**  
Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé .....  
Nombre de pièces jointes : .....



## 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
31/08/2020	CS	K10	200 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADR Dr. Adil BACHIRI Bd. Hassira Sini Benmour 05 23 34 90 03	31/08/20	54,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MVA Optic Mohammed ESSABANE Opticien - G.G. N° 6235 El Wided - Sidi Benmour Tel: 05 23 34 90 03	22/09/20					1500,00 DHs

## VOLET ADHERENT

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

## 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 <input type="text"/>  MONTANT 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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANT DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# NEVA

o p t i c

Essabbane Mohamed  
Opticien Optométriste  
Diplômé



بصريات  
فيقا  
اصبان محمد  
نظاراتي - مبصري  
مجاز

FACTURE N° : 0001966

Sidi Bennour Le : 22/09/2020

Nom & Prénom : ZINELKHEIR HALIMA

Type de Verre : 2 Verres Organiques Antireflets + 2 Verres Org  
Blanc

	S.P.H	C.Y.L	AXE	ADD	Prix
OD	+2.00			+2.00	300 + 200
OG	+1.50	-0.50	85°	+2.00	300 + 200
Monture :	pour (VL)				300.00
	pour (Vp)				200.00
Prix TTC					1500.00

Arrêter la présente facture à la somme de : Mille cinq cent  
Dinars

Paiement Espèces

Signature et Cachet

بصريات فيقا  
NEVA Optic  
Mohammed ESSABBANE  
Opticien Optométriste  
Aut. S.G.S N°: 6235  
312, Lot El Widad - Sidi Bennour  
Tel: 05 23 34 90 03

**Docteur FETTAHI**

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

El Jadida le : .....

Nom et Prenom : ..... 31 août 2020

Date de naissance : .....

**Mme ZINELKHEIR HALIMA**

Vision de Loin :

OD : ~~1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs~~

OG : Organiques Antireflets

Vision de près : VL : OD = + 2.00

OD : ..... OG = + 1.50 (- 0.50 à 85°)

OG : .....

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ..... **Observation :**

NEVA Optic  
Mohammed ESSARBANE  
Opticien - Optométriste  
312/ Lot El Widad - Sidi Bennour  
Tél: 05 23 34 90 03

Dr Fatima FETTAHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Av des FAR 1er Etage Appt 3  
Tél : 0523371454 El JADIDA

شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عمارة (س) الطابق الأول - شقة رقم 3 (بجانب مقهى Palmier) - الجديدة

الهاتف : 0613.45.54.64 - 0523.37.14.54

Rés. Yasmine, Imm C, Av des FAR 1er Etage - Appt N°3 (à coté de Café Palmier) - El Jadida

Docteur FETTAHI

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux



الدكتورة فتاحي

أخصائية في طب وجراحة العيون

أخصائية في أمراض وجراحة العيون

31 août 2020

Mme ZINELKHEIR HALIMA

54110  
LARMABAK COLLYRE

2 gouttes le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PHARMACIE BACHIRI  
362, Bd. Massira Sidi Bennou  
Tél : 05 23 37 14 54 EL JADIDA

Dr Fatima FETTAHI  
OPHTALMOLOGISTE  
Av des FAR, 1er Etage Appt N°3  
Tél : 05 23 37 14 54 EL JADIDA

شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عمارة (س) الطابق الأول - شقة رقم 3 (بجانب مقهى Palmier) - الجديدة

الهاتف : 0523.37.14.54 - 0613.45.54.64

Rés. Yasmine, Imm C, Av des FAR 1er Etage - Appt N°3 (à côté de Café Palmier) - El Jadida

FR

# Larmabak 0,9 %

## Collyre

### Chlorure de sodium

l'insuffisance  
1 ml de colly

**Mode d'adr**

Voie ophtalm

Pour une bo

certaines précautions doivent être prises :

- Se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'application,
- Eviter le contact de l'embout avec l'œil ou les paupières.

Instiller une goutte de collyre dans le cul de sac conjonctival, en tirant légèrement la paupière inférieure et en regardant vers le haut.

Le temps d'apparition d'une goutte est plus long qu'avec un flacon de collyre classique.

Rebouchez le flacon après utilisation.

#### Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.

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

Comme tous les médicaments, LARMABAK 0,9 %, collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

- Possibilité de légères irritations oculaires.

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 LARMABAK 0,9 %, collyre ?

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

Ne pas utiliser LARMABAK 0,9 %, collyre après la date de péremption mentionnée sur le conditionnement extérieur.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Ne pas conserver de flacon entamé au-delà de 8 semaines.

Les médicaments ne doivent pas

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

#### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE LARMABAK 0,9 %, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER LARMABAK 0,9 %, collyre ?
3. COMMENT UTILISER LARMABAK 0,9 %, collyre ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER LARMABAK 0,9 %, collyre ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

#### 1. QU'EST-CE QUE LARMABAK 0,9 %, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Organe des sens (œil)

Suppléance lacrymale

Ce médicament est préconisé pour soulager les symptômes d'irritation liés à la sécheresse oculaire (quand il existe