

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.

Prothèse 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064062

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10314 Société : 26729

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFDI HAKIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066268678 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064062

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

W18-399108

DATE DE DEPOT

05/11/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 10910

Nom & Prénom **HAFOI Hakima**

Fonction : **Ag Support** Phones **0662682678**

Mail **HAFOI@royalairmaroc.com**

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date **02/11/2020**

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

MUPRAS
05 NOV. 2020
ACCUEIL

TOBREX 0,3 %, Tobr

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce contenu des informations importantes pour :

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin.
- Si vous avez d'autres questions interrogez votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
- leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont connus.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, consultez votre médecin.
- s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONSERVER ?
3. COMMENT UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES



26,40



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

**TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION**

Alcon®

LABORATOIRES ALCON

4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 20180 Bouskoura - Maroc
Sous licence Alcon

 سوطيما
sothema

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

TOBREX 0,3 %, collyre en solution Tobramycine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle

est pour vous.
Si vous avez besoin de la relire.
Consultez votre médecin ou votre pharmacien.
Le médicament prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait
être dangereux pour vous si la maladie est identique aux vôtres.
Si vous avez des questions, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci
est indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci
qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

TOBREX 0,3 %, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
TOBREX 0,3 %, collyre en solution A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en

TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
CONTRAINDICATIONS



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

TOBREX 0,3 %, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

TOBREX 0,3 %, collyre en solution fait partie de la famille des aminosides: la tobramycine.

TOBREX 0,3 %, collyre en solution est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil dues
 causées par cet antibiotique: conjonctivites, kératites (inflammation de la
 membrane de la cornée).

CONTRAINDICATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre

N'utilisez jamais TOBREX 0,3 %, collyre en solution dans les cas suivants:

- antécédents d'allergie à l'un des constituants du collyre en solution, notamment à la tobramycine (antibiotique de la famille des aminosides).

Faites attention avec TOBREX 0,3 %, collyre en solution:

- En cas d'allergie, le traitement doit être arrêté.
- Le collyre ne doit pas être employé en injection péri ou intra-oculaire.
- En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.
- En cas de traitement prolongé par ce collyre, une surveillance par votre médecin est nécessaire.
- En cas de traitement prolongé, il est recommandé de consulter votre médecin tous les 3 à 4 jours.