

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.

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

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

MUPRAS garantissant 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 058766

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 575 Société : 47213

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouragba Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 07.00.71.48.19 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 NOV. 2020

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 : 12 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Conditions Generales

POUR LE PRATICIEN

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

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
 K = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnages
- dans 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 prévenir 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
 FAX / 05 22 91 26 52
 TELEX / 3998 MUT
 E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 0034902

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Bouzagha Najat Age 16 / 10 / 16 / 15 / 14
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
 Date de la première visite du médecin :
 Nature de la maladie : Affection
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
 A Casablanca, le 19 / 10 / 20 Signature et cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois

DR. LANCEN ZAKAY
Ophthalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier Casablanca

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 0034902
 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 Praticien attestant le paiement des honoraires
19/10/2020		CS	300 DH	Dr. Laila Zaki Ophthalmologiste Angle rue Mohamed V et rue Hassan Quartier Palmer Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Corda 319, Bd. Moulay Youssef CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.27.87.03 EL ALLAL	19/10/2020	76,70 DH

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	

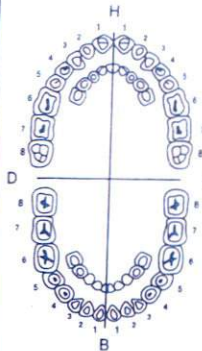
VOLET ADHERENT

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

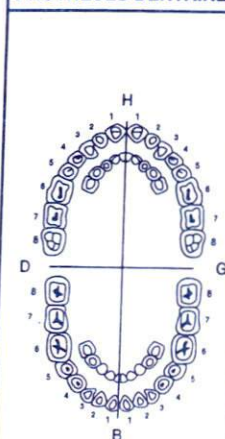
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANT 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

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales



مصححة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

19 octobre 2020

ORDONNANCE

Mme BOURAGBA NAJAT

1/ LARMABAK COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

2/ FLUCON

1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours.

1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours.

1 goutte le soir par jour pendant 5 jours.,

, dans les deux yeux



Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
EL ALLALI Naoual

54,10

92,60

76,70

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.01 - CASABLANCA

E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

Larmabak 0,9 %

Collyre

Chlorure de sodium

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

Mode d'administration

Voie ophtalmique.

Pour une bonne utilisation du collyre, 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 consommer après 8 s

Les médicaments
être jetés avec les ordures

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouil,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur 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 les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

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 MÉDICAMENT ? (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

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

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

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ? (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 le virus varicelle-zona) ou amibienne.

Si vous êtes allergique à la fluorométholone ou à l'un des autres composants contenus dans Flucon en particulier au chlorure de benzalkonium.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

b) MISES EN GARDE SPECIALES

Si l'un de ces cas vous correspond, dites-le à votre médecin.
FLUCON.

Faites attention avec FLUCON

En cas d'utilisation prolongée de corticoïdes, la réaction inflammatoire ne diminue pas dans un délai raisonnable au cours du traitement, parlez-en à votre médecin. Vous souffrez peut-être d'une autre maladie.



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865