

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## étique :

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.

## ntaire :

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 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

Nº P19- 058766

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 575 Société : U723

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouraq BA NAJAT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 03.00.71.48.19 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade :

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) : Bouraq BA NAJAT

## 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 courant 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnements dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
 - L'ORTHOPÉDIE  
 - 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

AEROPORT CASA ANFA  
 CASABLANCA  
 TEL. 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 28  
 FAX / 05 22 91 26 52  
 TELEX / 3998 MUT  
 E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.m

**FEUILLE DE SOINS MU 034902**

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

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

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ..... *Bouzagla Najat* Age ..... *11610161511*  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
 Date de la première visite du médecin : .....  
 Nature de la maladie : ..... *Affectio*  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
 .....  
 .....  
 A ..... *Casablanca, le 19.11.01.20* Signature et cachet du médecin  
 Durée d'utilisation 3 mois

**VOLET ADHERENT**

DECLARATION MU 034902	MUPRAS
Matricule N° : ..... Nom du patient : ..... Date de dépôt : ..... Montant engagé ..... Nombre de pièces jointes : .....	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant de l'authenticité
19/10/2020	CS	300 DH		Dr. Laraki Optalmologiste Ange R. Med Bahi Rue Mosam Quartier Palmier Casablanca

**NORAIRES**  
Cachet et Signature du Médecin  
attestant la validité de la prescription  
**Dr. LANCIANI ZAI**  
**Ophthalmologiste**  
~~Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard~~  
Quartier Palmer Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie La Corrida</b> 319, Bd. Moulay YOUSSEF CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.27.87.01 EL ALLALINE</p>	19/10/2020	76,70 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

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

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 16) and three lettered regions: H (maxilla), D (diastema), and B (mandible). The teeth are arranged in two rows, with the upper row being larger and the lower row smaller. The lettered regions are positioned above the upper arch and below the lower arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## CŒFFICIENT DES TRAVAUX

### MONTANT DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## CŒFFICIENT DES TRAVAUX

### MONTANT DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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



مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاص

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

54,10



92,60

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

01

76,70

# 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 conserver  
delà de 8 s

Les médicaments  
peuvent être jetés  
dans les ordures  
à votre pharmacien

LARMABAK 0,9 %  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
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 MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

# FLUCON®<sup>®</sup>, collyre

Fluorométholone

### b) COMPOSITION

Fluorométholone .....	0,1 g
Chlorure de benzalkonium .....	0,01 g
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracémat de sodium, alcool polyvinyle, 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 corticoïdes.

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 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIE.

### b) MISES EN GARDE SPECIALES

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

### Faites attention avec FLUCON

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

6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
aboratoires Sothema

PV : 22,60 DHS

Remboursable AMO

406865