

# 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.

## Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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)

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 055365

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3453 Société : RAM 55 485

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zine Loubi

Date de naissance : 1952

Adresse : H/M/ly Achid 2, rue 04, n° 34, Bouanazel, Casablanca

Tél. : 06 61 61 33 73 Total des frais engagés : 1906,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : ZINE Hayat Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Vie de Ref. Antic

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 : 19 DEC. 2021

Signature de l'adhérent(e) :



2



# 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
19 DEC. 2020	C <sub>2</sub>		20074	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LEADER OPTIC MADIRI Abdellatif Opticien OPTOMETRISTE 11/13 Av AKID EL ALLAM Hay Sadri Casa - Tél. 064 78.86.90	14/01/2021	1600,00 D.H.
	19/12/2020	106,60

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**Dr. EL FADIL Mourad**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des yeux

Laser - Angiographie des yeux  
Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société  
Française d'Ophtalmologie



**الدكتور الفاضل مراد**

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة  
تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية  
لطب العيون

Casablanca, le 19 DEC 2020 في الدار البيضاء،

ZINE Hayat

**MONTURE + VERRES POUR LA VISION DE LOIN:**

Oeil Droit : +125 (-075 à 120)

Oeil Gauche : +150 (-050 à 60)

**ADDITION VISION DE PRES:**

anti-reflex

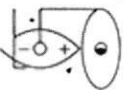
**LEADER OPTIC**  
MADIRI Abdellatif  
Opticien OPTOMETRISTE  
11/13 Av AKID EL ALLAM  
Hay Sadri Casa - Tel 064 78.86.90

**Dr. Mourad EL FADIL**  
OPHTALMOLOGISTE  
76, Bd La Grande Ceinture - Résidence  
EL Khair, Appt 112 - 1er Etage  
Hay Mohammadi - Casa  
Tél: 05 22 61 24 52





LEADER OPTIC



Facture N° : 20/1/2021

Le 14/01/2021

Client: ZINE

HAYAT

TYPE PAIEMENT

ESPECE

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT	+1.25	-0.75	120	
OEIL GAUCHE	+1.50	-0.50	60	

Monture: OPTIQUE

Verres: ORGANIQUES ANTIREFLETS  
BLEU UV

Montant :

OEIL DROIT	500,00
OEIL GAUCHE	500,00
MONTURE	600,00

PRIX T.T.C

1 600,00

PRIX H.T

1 333,33

TVA

266,67

Arreté la présente facture à la somme de:

MILLE SIX CENTS DIRHAMS

LEADER OPTIC

MADIRI Abdellatif

Opticien OPTOMETRISTE

11/13 Av AKID EL ALLAM

Hay Sadri Casa - Tél 064 78.86.90

FR

Naabak® 4,9

Acide N-acétyl aspartyl glutamate  
COLLYRE EN SOLUTION - SANSNAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DHDistribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Caseblanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

10 ml

Naabak 4,9%

Lot / Fab / EXP

1N66  
03 2020  
03 2022

25304203

**LE CONCEPT ABAK® PERMET  
D'INSTILLER DES GOUTTES SANS  
CONSERVATEUR.**

**COMPOSITION :**

Acide N-acétyl aspartyl glutamique  
sodique 4,9 g pour 100 ml.

Excipients : hydroxyde de sodium  
ou acide chlorhydrique, eau pour  
préparations injectables.

**FORME PHARMACEUTIQUE :**

Collyre en solution.

**CLASSE PHARMACO-  
THERAPEUTIQUE :**

ANTI-ALLERGIQUE OCULAIRE  
(S = organe des sens).

**TITULAIRE / EXPLOITANT /  
DETENTEUR DE LA DECISION  
D'ENREGISTREMENT :**

LABORATOIRES THÉA  
12, rue Louis-Blériot  
63017 Clermont-Ferrand Cedex 2  
FRANCE.

**FABRICANT :  
EXCELVISION**

Rue de la Lombardière  
07100 Annonay – France

**DANS QUEL(S) CAS UTILISER  
CE MEDICAMENT (INDICATIONS  
THERAPEUTIQUES) ?**

Ce médicament est préconisé pour  
soulager les symptômes oculaires  
d'origine allergique (conjonctivites,  
blépharoconjonctivites).

**ATTENTION !****DANS QUEL(S) CAS NE PAS  
UTILISER CE MÉDICAMENT  
(CONTRE-INDICATIONS) :**

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

**MISES EN GARDE SPÉCIALES :**

- Ne pas injecter, ne pas avaler.

certaines pré-  
prises :

- Se laver so-  
avant de p-  
- Ne pas tou-  
paupières

Instiller une g-  
le cul de sac c-

légèrement la pa- et  
en regardant vers le haut. Le temps  
d'apparition d'une goutte est plus  
long qu'avec un flacon de collyre  
classique. Reboucher le flacon après  
utilisation.

**FRÉQUENCE ET MOMENT AUQUEL  
LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE  
ADMINISTRÉ :**

En moyenne, 2 à 6 fois par jour.

**DURÉE DU TRAITEMENT :**

Après amélioration de la  
symptomatologie, le traitement  
doit être poursuivi pendant toute la  
période de risque d'allergie.

**EFFETS NON SOUHAITÉS ET  
GÉNANTS (EFFETS INDÉSIRABLES) :**

Possibilité de sensations brèves  
de brûlures ou de picotements au  
moment de l'instillation.

**SIGNEZ À VOTRE MÉDECIN OU À  
VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET  
NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI  
NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS  
CETTE NOTICE.**

**CONSERVATION :**

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE  
LA VUE DES ENFANTS.

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE  
D'UTILISATION FIGURANT SUR LE  
CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

**PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE  
CONSERVATION :**

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

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice médicament. Elle contient des informations importantes. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un 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.



6 178 01 070244  
 Flucon collyre de 3 ml  
 A.M.M.N. 101/11/NCV  
 Laboratoire Sotera  
 ppv : 22,50 IS  
 Remboursable AMO  
 406865

## 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 CUSI, S.A.  
 E-08320 El Masnou-Barcelona

## 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, en particulier au chlorure de benzalkonium.