

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.

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

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

M22- 0042749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12281

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RMAIL MOUHSEN

Date de naissance : 11/09/1978

Adresse : PARC PLAZA IMM N AP 6

Tél. : 0661153539

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RMAIL MOUHSEN

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lésion du coude

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 02 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
12 08 JAN 2023	C		250 DH	Dr. M. GERMANE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/23	99,00

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS 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>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G												
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني للأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Mohammedia , Le : 28/04/2023: المحمدية في

RMAIL MOUHSINE

20,00

CORRECTOL COLLYRE

1 GOUTTE 2 F/j 1 mois

79,00

PURE COLLYRE

1 GOUTTE 3 F/J 1 MOIS

99,00



DR. M. QERMANE
Tél: 05 23 32 20 89
Fax: 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7 - Kasba - Mohammedia

لن يتم تغير اي وصفة طبية او ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune Ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

زققة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

Notice : Informations de l'utilisateur
CORRECTOL® 0,1 POUR CENT, collyre
Inosine phosphate disodique dihydraté
Flacon de 10 ml

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
3. Comment utiliser CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

AUTRES MÉDICAMENTS OPHTHALMOLOGIQUES - code ATC : S01XA10

Traitement d'appoint des troubles de la vision binoculaire en complément de la rééducation.

indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie

La dose recommandée est de :

2 gouttes de collyre par jour, pendant 15 jours, puis un jour sur deux.

Utilisation chez les enfants

Les données actuellement disponibles ne permettent pas de recommander une posologie et une durée de traitement chez les patients âgés de moins de 18 ans.

Mode et voie d'administration

Voie locale.

EN INSTILLATION OCULAIRE

Ne pas avaler, ne pas injecter.

Se laver soigneusement les mains avant l'instillation.

Éviter de toucher l'œil ou le compte-gouttes.

Instiller la solution dans l'œil en tirant légèrement la paupière.

L'œil fermé, essuyer proprement le visage.

Refermer le flacon après utilisation.

Fréquence d'administration

Après les 15 premiers jours de traitement.

instillations oculaires au rythme d'une fois par jour.

Si vous avez utilisé plus de 15 jours CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre que vous n'avez pas consulté votre médecin ou votre pharmacien.

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Aucun effet toxique n'est à prévoir.

En cas de surdosage, rincer abondamment les yeux.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Comme tous les médicaments, CORRECTOL 0,1 POUR CENT, collyre peut provoquer des effets indésirables.

Les effets indésirables les plus fréquents sont :

• douleur oculaire,

• irritation oculaire (les fréquences d'effets indésirables sont estimées sur la base des données disponibles).

Correctol® 0,1 %
Collyre, flacon de 10 ml
ANM N° 03 0198 1/19 RQ



LOT 21584
EXP 05 2025
20/00
PPV 20 00



FARMIGEA

refreshing eye drops for irritated eyes
10 ml bottle

Description

The refreshing, soothing and calming qualities of Camomile, Euphrasy, Witch-hazel and Cornflower relieves redness caused by environmental elements such as wind, sun, dry air and salt water, as well as smoke, excessive light, sports or visual fatigue due long periods using a computer.

Composition

Camomile water 10%, Euphrasy (eyebright) water 10%, Witch-hazel water 10%, dibasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride;

Instructions for use

Put one drop of PURE into the eye by pressing slightly. You can repeat this administration any time you need due to irritation.

LOT

PPC
DHS

0280222
202502
79,00

Precautions and warnings

- do not use if the container is damaged.
- do not use if you are sensitive to any of the components.
- do not use after the expiry date shown on the container.
- do not touch the eye with the tip of the container.
- leave at least 10-15 minutes between administration of PURE and any other ophthalmic drugs.
- once opened the bottle throw away any unused product after 14 days.
- keep out of the reach and sight of children.
- do not swallow.
- do not store above 25 °C.

Manufacturer: Farmigea SpA, Via GB Oliva 8, 56121 Pisa, Italy

Distributor: B2S Health Services. Villa 44, lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat

Date of last revision texts: september 2011

CE 0546

STERILE A