

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 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

- 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

N° W21-700905

174224

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13152 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *

Nom & Prénom : Miry Oussama

Date de naissance : 14/02/1995

Adresse : 145 Ra coppine Medina

Tél. : 0661920913 Total des frais engagés : 441,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/07, 2015

Nom et prénom du malade : Miry Oussama Age : 28

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

Nature de la maladie : Allergie oculaire

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 : Medina Le : 06/09/23

Signature de l'adhérent(e) :

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique
Casablanca
Tél. : 05 22 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
11/07/23	CS	300DH	INP: 09/15/2040	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

INP:

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 18045 / 2023 du 14/07/2023

Nom patient **MIRY OUSSAMA**
PAYANT

Entrée 14/07/2023
Sortie 14/07/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

Dr. L. J. J. J. J.
Ophthalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01



Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste
Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

الدكتور لحسن زفاد

إختصاصي في أمراض وجراحة العين
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية
الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

14 juillet 2023

Mr MIRY Oussama

57.90

1/ ALLERGOCOMOD

1goutte 3 fois par jour pdt 1 mois ET DEMI , dans les deux yeux

2/ NAABAK collyre

84.00

1 goutte 3fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois et demi

141.90

HARMACEUTICALIA
KAMALI KHALLA
Ep. BENABDIERRAZIK
Rue Maghrib Arabi - 2003
Mohammedia - Tél : 05 23 32 24 44

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 001157

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd. Panoramique
Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

FR

Naabak 4,9 %, collyre en solution

Acide N-acétyl aspartyl glutamique sodique

Veillez 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.

Fréquence d'administration

En moyenne, 2 à 6 fois par jour.

Durée du traitement

1 flacon de 5 ml permet un traitement d'environ 20 jours à la posologie moyenne préconisée. Après amélioration de vos symptômes, le traitement doit être poursuivi pendant toute la période de risque d'allergie.

Si vous avez utilisé plus de NAABAK 4,9 POUR CENT, collyre en solution que vous n'auriez dû :
En cas de surdosage, rincez au sérum physiologique stérile.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Possibilité d'effets secondaires graves, notamment au niveau des yeux.

Déclaration des effets secondaires

Si vous remarquez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



Allergo-COMOD® Collyre

Cromoglicate de sodium

Composition:

1 ml de solution isotonique contient:

Principe actif: Cromoglicate de sodium 20 mg

Excipients

Edétate de sodium, sorbitol, eau pour préparations injectables

Présentation:

Collyre: flacon compte-gouttes de 10 ml

Mode d'action:

Collyre à visée antiallergique

Indications:

Inflammations de la conjonctive
des foyers, catarrhe printanier
de la conjonctive supposées

Contre-indications:

Les patients hypersensibles

Grossesse et allaitement:

Bien qu'aucun effet tératogène
soit observé au cours des
mois de la grossesse.

Le port de lentilles de contact

Précautions d'emploi:

Effet sur la conduite et l'utilisation

L'application de collyre Allergo-COMOD® peut entraîner

Posologie et mode d'administration:

Sans autres indications du médecin traitant, les enfants
doivent utiliser le collyre par instillation dans le cul-de-sac conjonctival

STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant: / Lot n°

Allergo-COMOD®

collyre 10 ml



6 118001 110285