

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W21-812871

Ag0371

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricole : 0836 | | Société : ROYAL AIR MAROC | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : NAMA LIZDINE BOHAMED | | | |
| Date de naissance : 01.01.1943 | | | |
| Adresse : 19 RUE MY IDRIS EL A.2442-BERRECHID, | | | |
| Tél. : 06 41 64 46 65 | | Total des frais engagés : 221,40 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | |
|---|--|----------|
| Cadre réservé au Médecin | <input type="checkbox"/> | A.L.D. |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : | | |
| Nom et prénom du malade : | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | Conjoint |
| 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. | | |
| MUPRAS 17 JAN. 2024 ABOUZAACHANE | | |
| R ACCUEU | | |

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, 17 Janvier 2024
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 20.1.2024



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE 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 |
| | | | | INP : |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. KADY Dr. Michael (ex V. Berriché) Tél : 55 22 53 36 05 / 06 01 65 50 Instagram : pharmacie_2000 | 30.10.23 | 110.70 |
| HARAJU MALLA 2000 MALLA ZINEB de la Mosquée OHOUO id : 65 62 50 000 | 25.11.23 | 110.70 |

Cachet et signature
Laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature
du Particulier**

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

QUIET ADHERENT.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|------------------------------|--|----------------------|----------------------|--|
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | Coefficient des travaux <input type="text"/> |
| D | G | 35533411 | 11433553 | |
| B | | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> |
| | | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20240111-884

Date de vente : 25/11/2023

Médecin traitant :

jamaleddine med

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|------------------------|------|--------|-------------|--------|
| XOLAMOL CL 5ML COLLYRE | 1 | 110,70 | TVA (7.00%) | 110,70 |

| | |
|--------------|-------------------|
| Total HT | 103,46 DHS |
| TVA | 7,24 DHS |
| Total | 110,70 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : cent dix DHS et soixante-dix centimes

PHARMACIE 2000
Dr. KADIR LALLA ZINEB
22 Bd. Mohamed V/Périmètre de la Mosquée OHOUED
Braichid
Tél : 05 22 56 65 05 / 06 01 65 62 50
Instagram : Pharmacie_2000

PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20240111-889

Date de vente : 30/10/2023

Médecin traitant :

jamaleddine med

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|------------------------|------|--------|-------------|--------|
| XOLAMOL CL 5ML COLLYRE | 1 | 110,70 | TVA (7.00%) | 110,70 |

| | |
|--------------|-------------------|
| Total HT | 103,46 DHS |
| TVA | 7,24 DHS |
| Total | 110,70 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : cent dix DHS et soixante-dix centimes

PHARMACIE 2000
Dr. KADIR LALLA ZINEB
22, Bd. Mohammed V (Pds de la Mosquée OHOUD)
Berrechid
Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50
Instagram : Pharmacie_2000

Xolamol® 20 mg/ml

Dorzo

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si leurs symptômes sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.
- Le nom complet de ce médicament est Xolamol®. Collyre en solution mais dans la notice, il sera appelé Xolamol® collyre.

1. Qu'est-ce que Xolamol® collyre et dans quels cas est-il utilisé?

Xolamol® collyre est une combinaison de deux médicaments: dorzolamide et timolol.

- Le dorzolamide appartient à une classe de médicaments appelés «inhibiteurs de l'anhydrase carbonique».
- Le timolol appartient à une classe de médicaments appelés «béta-bloquants».

Xolamol® collyre est prescrit pour abaisser la tension élevée dans l'œil dans le traitement du glaucome quand le collyre bêta-bloquant utilisé seul n'est pas suffisant.

2. Avant d'utiliser Xolamol® collyre

N'utilisez pas Xolamol® collyre si vous êtes allergique au dorzolamide ou au timolol, les bêta-bloquants ou l'un des autres composants de ce médicament (cités dans la section 6).

- vous avez maintenant ou avez eu dans le passé des problèmes respiratoires tels que l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique sévère (maladie pulmonaire sévère qui peut provoquer une respiration sifflante, une difficulté à respirer et/ou une toux de longue date).
- vous avez des problèmes rénaux sévères, ou des antécédents de calculs rénaux.

- vous avez une perturbation dans le pH (équilibre acide/alcali) de votre sang.
- vous avez certains problèmes cardiaques, y compris certains troubles du rythme cardiaque produisant un rythme cardiaque anormalement lent ou une insuffisance cardiaque grave.

Si vous pensez que l'un de ces cas vous concerne, n'utilisez pas Xolamol® collyre avant d'avoir consulté votre médecin.

زنلامول Xolamol®

Lot: A A 04 28

Fab: 01 23

Exp: 01 25

P.P.V : 110 DH 70

Ne prenez pas de double dose pour compenser la dose oubliée.

Si vous arrêtez d'utiliser Xolamol® collyre

Si vous voulez arrêter d'utiliser ce médicament, consultez d'abord votre médecin.

Si vous avez d'autres questions concernant l'utilisation de ce médicament, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

4. Effets secondaires possibles

Comme tous les médicaments, Xolamol® collyre peut provoquer des effets secondaires, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Vous pouvez habituellement continuer à prendre les gouttes, sauf si les effets sont graves. Si vous êtes inquiet, parlez à un médecin ou un pharmacien. N'arrêtez pas d'utiliser Xolamol® sans en parler à votre médecin.

Si vous ressentez un des effets indésirables graves suivants, arrêtez d'utiliser ce médicament et prévenez immédiatement votre médecin ou rendez-vous au service des urgences de l'hôpital le plus proche.

- Réactions allergiques généralisées y compris un gonflement sous la peau qui peut se produire dans des zones tels que le visage et les membres, et peut entraver les voies respiratoires ce qui peut entraîner une difficulté à avaler ou à respirer, urticaire ou éruption cutanée avec démangeaisons, éruption localisée et généralisée, démangeaisons, réaction allergique soudaine et sévère.

- Maladie grave avec desquamation sévère et gonflement de la peau, des cloques sur la peau, la bouche, les yeux et les organes génitaux et de la fièvre. Une éruption cutanée avec des taches rose-rouge en particulier sur la paume des mains ou la plante des pieds qui peuvent piquer.

Comme d'autres médicaments appliqués dans les yeux, Xolamol® collyre est absorbé dans le sang. Cela peut entraîner des effets indésirables semblables comme on le voit avec des agents bêta-bloquants par voie intraveineuse et/ou « orale ». L'incidence des effets indésirables après l'administration ophthalmique topique est plus faible que lorsque les médicaments

25.11.23

Xolamol® 20 mg/ml

Dorzo

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si leurs symptômes sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.
- Le nom complet de ce médicament est Xolamol®. Collyre en solution mais dans la notice, il sera appelé Xolamol® collyre.

1. Qu'est-ce que Xolamol® collyre et dans quels cas est-il utilisé?

Xolamol® collyre est une combinaison de deux médicaments: dorzolamide et timolol.

- Le dorzolamide appartient à une classe de médicaments appelés «inhibiteurs de l'anhydrase carbonique».
- Le timolol appartient à une classe de médicaments appelés «béta-bloquants».

Xolamol® collyre est prescrit pour abaisser la tension élevée dans l'œil dans le traitement du glaucome quand le collyre bêta-bloquant utilisé seul n'est pas suffisant.

2. Avant d'utiliser Xolamol® collyre

N'utilisez pas Xolamol® collyre si vous êtes allergique au dorzolamide ou au timolol, les bêta-bloquants ou l'un des autres composants de ce médicament (cités dans la section 6).

- vous avez maintenant ou avez eu dans le passé des problèmes respiratoires tels que l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique sévère (maladie pulmonaire sévère qui peut provoquer une respiration sifflante, une difficulté à respirer et/ou une toux de longue date).
- vous avez des problèmes rénaux sévères, ou des antécédents de calculs rénaux.

- vous avez une perturbation dans le pH (équilibre acide/alcali) de votre sang.
- vous avez certains problèmes cardiaques, y compris certains troubles du rythme cardiaque produisant un rythme cardiaque anormalement lent ou une insuffisance cardiaque grave.

Si vous pensez que l'un de ces cas vous concerne, n'utilisez pas Xolamol® collyre avant d'avoir consulté votre médecin.

زنلامول Xolamol®

Lot: A A 04 28

Fab: 01 23

Exp: 01 25

P.P.V : 110 DH 70

Ne prenez pas de double dose pour compenser la dose oubliée.

Si vous arrêtez d'utiliser Xolamol® collyre

Si vous voulez arrêter d'utiliser ce médicament, consultez d'abord votre médecin.

Si vous avez d'autres questions concernant l'utilisation de ce médicament, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

4. Effets secondaires possibles

Comme tous les médicaments, Xolamol® collyre peut provoquer des effets secondaires, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Vous pouvez habituellement continuer à prendre les gouttes, sauf si les effets sont graves. Si vous êtes inquiet, parlez à un médecin ou un pharmacien. N'arrêtez pas d'utiliser Xolamol® sans en parler à votre médecin.

Si vous ressentez un des effets indésirables graves suivants, arrêtez d'utiliser ce médicament et prévenez immédiatement votre médecin ou rendez-vous au service des urgences de l'hôpital le plus proche.

- Réactions allergiques généralisées y compris un gonflement sous la peau qui peut se produire dans des zones tels que le visage et les membres, et peut entraver les voies respiratoires ce qui peut entraîner une difficulté à avaler ou à respirer, urticaire ou éruption cutanée avec démangeaisons, éruption localisée et généralisée, démangeaisons, réaction allergique soudaine et sévère.

- Maladie grave avec desquamation sévère et gonflement de la peau, des cloques sur la peau, la bouche, les yeux et les organes génitaux et de la fièvre. Une éruption cutanée avec des taches rose-rouge en particulier sur la paume des mains ou la plante des pieds qui peuvent piquer.

Comme d'autres médicaments appliqués dans les yeux, Xolamol® collyre est absorbé dans le sang. Cela peut entraîner des effets indésirables semblables comme on le voit avec des agents bêta-bloquants par voie intraveineuse et/ou « orale ». L'incidence des effets indésirables après l'administration ophthalmique topique est plus faible que lorsque les médicaments

25.11.23