

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Préclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Dhésion 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 066141

Optique

Autres

Maladie       Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1912

Société :

32750

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Béchir Hammoudy

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 13.02.2022

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = 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 au 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- 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 revenir 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 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 830137

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *El Ghar Khaddous (Veuve Sadiki)*  
 Matricule : *0001012* Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
 Adresse : *Hay meulay abdellah rue 132 moh 6 Ain chock casa*  
 Tél. : *06 62 70 77 84* Signature Adhérent : *[Signature]*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Age :

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 830137

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 Medecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 11/11/2015 | 55,00                 |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |

## ANALYSES – RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

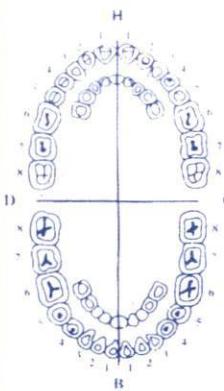
## VOLET ADHERENT

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents Traitées                            | Nature des Soins          | Coefficient | COEFICIENT DES TRAVAUX                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                           |                           |             |     |
|                                                                                     |                                           |                           |             |     |
|                                                                                     |                                           |                           |             |     |
|                                                                                     |                                           |                           |             |     |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                           | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             | COEFICIENT DES TRAVAUX                                                                 |
|                                                                                     | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             |     |
|                                                                                     | D<br>00000000<br>35533411                 | B<br>00000000<br>11433553 |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |   |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             |  |
|                                                                                     |                                           |                           |             | <img alt="Blank box for amount of dental care" data-bbox="895 76                       |

# PHARMACIE AL KHALIL

EL HASKI Mohamed

506, Bd. El Khalil Hay My Abdellah

Aïn Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 52 87 67

Taxe Professionnelle : 34021981- R.C. : 204496



# دلية الخليل

حسيki محمد



armac الخليل هي مولاي عبد الله

يت الشق - الدارالبيضاء

هاتف :

05 22 52 87 67

204496 - س.ت. : 34021981

LOT:19028  
PER:09/22  
PFU:SDH50

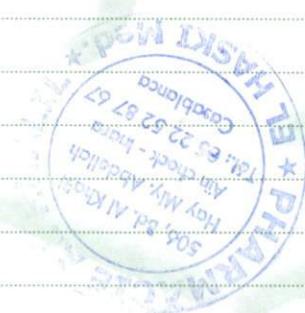
ض.م:

Casablanca, le ٢٧/١٠/٢٢

## FACTURE N° 4143

Client

| Quantité | Désignation    | Prix Unitaire | Montant      |
|----------|----------------|---------------|--------------|
| 1        | Polydor oph    | 21.50         | 21.50        |
| 1        | Defomedolin    | 27.50         | 27.50        |
| 1        | Anicamycin oph | 5.50          | 5.50         |
|          |                |               | <u>54.50</u> |
|          |                |               | Total        |



# POLYDEXA®

Solution auriculaire

## Composition :

|                                                       |                |
|-------------------------------------------------------|----------------|
| Néomycine (DCI) sulfate.....                          | 650.000 U.I.   |
| Polymyxine B (DCI) sulfate.....                       | 1.000.000 U.I. |
| Dexaméthasone (DCI) métasulfobenzoate sodique .....   | 0,100 g        |
| Excipients (dont mercurothiolate sodique) q.s.p ..... | 100 ml         |

## Propriétés :

Corticostéroïde associé à deux antibiotiques antibactériens.

## Indications thérapeutiques :

Otites externes à tympan fermé, en particulier eczéma infecté du conduit auditif externe.  
Otites moyennes aiguës incisées.

## Contre-indications :

Hypersensibilité à l'un des constituants.

Perforation tympanique d'origine infectieuse ou traumatique.

## Effets indésirables :

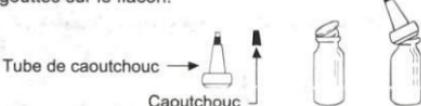
Réaction allergique.

## Mise en garde :

Ne pas utiliser sans avis médical.

## Montage du compte-gouttes :

1. Ouvrir le sachet qui protège le compte-gouttes.
2. Décapsuler le flacon de verre qui contient le médicament en tirant la languette métallique bien droit dans le sens de la flèche. Une fois la capsule déchirée, retirer l'opercule qui ferme le flacon.
3. Placer le compte-gouttes sur le flacon.



## Mode d'emploi :

1. Faire tiédir préalablement le flacon dans l'eau chaude ou le réchauffer dans la paume de la main. A la suite d'emplois répétés, l'étiquette peut parfois se détacher ; il suffit alors de l'appliquer soigneusement sur le flacon pourqu'elle se recolle.
2. Dévisser le capuchon qui obture le compte-gouttes en maintenant le tube de caoutchouc entre le pouce et l'index.
3. Retourner le flacon, le tenir verticalement au-dessus du conduit auditif.
4. Presser légèrement le tube de caoutchouc du compte-gouttes, entre deux doigts ; le médicament s'écoule goutte à goutte.
5. Après chaque instillation, laisser la tête penchée pendant quelques minutes.

## Posologie :

- Adultes : utiliser en bain d'oreille (1 à 5 gouttes) 2 fois par jour pendant 6 à 10 jours.
- Enfants : utiliser en bain d'oreille (1 à 2 gouttes) 2 fois par jour.

Laisser ensuite la tête penchée pendant quelques minutes.

En règle générale, il est recommandé de ne pas utiliser sous pr La durée du traitement usuel ne doit pas excéder 10 jours.

## Forme et présentation :

Solution auriculaire - Flacon compte-gouttes de 10,5 ml

## Liste I (Tableau A)

Ne peut être délivré que sur ordonnance médicale - Suivre les

PROMOPHARM S  
Z.I. du Sahel, Had Soualeh  
S/L BOUCHARA-RECO

21,00



# Désomédine® 0,1%

Di-iséthionate d'hexamidine

collyre en solution



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 l'un des effets indésirables, 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 après 10 jours de traitement.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DESOMEDINE 0,1%, collyre en solution et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DESOMEDINE 0,1%, collyre en solution ?
3. Comment utiliser DESOMEDINE 0,1%, collyre en solution ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DESOMEDINE 0,1%, collyre en solution ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.
1. QU'EST-CE QUE DESOMEDINE 0,1%, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique Antiseptique - code ATC : S01AX08

Ce médicament est une solution pour instillations dans l'œil. Il est préconisé dans les infections bactériennes de l'œil et de ses annexes : conjonctivites, kératoconjunctivites, blépharites, dacryocystites.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 10 jours de traitement.

## 2. QUELLE AVANT

solu

N'utili

si v

d'h

mé

Avertis

Adresse

DESOMEL

Faites attention



DESOMEDINE 0,1%  
Collyre 10ml

ZENTH PHARMA  
PPV. 27,30 DHS  
ADSP n°52 DMP/21/NRQ

LOT/NUM H4220  
FAB/DATE 09-2019  
EXPI/DATE 09-2022

de détérioration