

## 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

N° W19-441499

ND: 49848

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8192 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EDZILAKI AHMED

Date de naissance :

Adresse : 125 Rue KORTOBA HAY ANJALOUS

Tél. : 06 70 76 03 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3.2.11/12

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : conseil optique

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.

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-441499

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8192

Nom de l'adhérent(e) : 503,20

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
30/11/16	C1		250	INP : INP 101170579

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOURDUI Secteur 3, N°3482 AL Wifaa - Témara 104078898	30/11/16	253,60

# 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				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.

# 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 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"/>  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 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 <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



30/11/2020

Mr. EDDEKKAKI Ahmed

11700

1/ ZYLET COLLYRE

1 goutte 3 fois , 8 jours

PHARMACIE AL WOUROU

Secteur 3, N°3482

AL Wifaa - Témara

9900

2/ PHYLARM

2 fois par jour

PHARMACIE AL WOUROU

Secteur 3, N°3482

AL Wifaa - Témara

3710

3/ FUCITHALMIC 1 % GEL OPHTALMIQUE

1 application le soir , 5 jours

les deux yeux

Docteur JENNANE Naoual  
Ophtalmologiste  
Avenue AlKarama, N° 3482  
Hay Alwifaa - Témara  
GSM : 06 51 77 67 31 - Tél.: 06 37 62 70 71

1825320



BAUSCH + LOMB

Zylet®

Etabonate de lotéprednol 0.5% et  
tobramycine 0.3%

Collyre en suspension زايلات®

إيتابونات اللوتيريدنول 0.5%

و توبراميسين 0.3%

مستعلق للعين

Exclusivement sur prescription  
médicale  
Collyre en Suspension Stérile  
5 ml

يصرف بموجب وصفة طبية فقط  
مستعلق للعين معقم  
5 مل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترموا المقادير المحددة

Zylet est une marque  
déposée de

زايلات هو علامة  
مسجلة لشركة

Bausch & Lomb Incorporated  
© Bausch & Lomb  
Incorporated

1 ml contient:

PRINCIPES ACTIFS: Etabonate de lotéprednol  
5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)

EXCIPIENTS : Edétate disodique, glycérine,  
povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure  
de benzalkonium 0.01%.

Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium  
pouvant être ajouté pour ajuster le pH.

يحتوي كل مل على:

مواد فعالة: إيتابونات اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)  
و توبراميسين 3 مغ (0.3%)

السواغات: إيديتات ثنائي الصوديوم، غليسرين،

بوفيدون، ماء مطهر، تيلوكسابول، و كلوريد

البنزالكونيوم 0.01 % . يمكن إضافة حمض

ال سولفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل  
ال pH

Excipient à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم.

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة أ)

POSOLOGIE : Lire attentivement la  
notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

AGITER VIGOREUSEMENT  
AVANT UTILISATION

ترج القارورة بقوة  
قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.

للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma

PPV = 117,00 DH

A TENIR HORS DE PORTEE  
DES ENFANTS

يحفظ بعيدا عن متناول

الأطفال

Conservation :  
Conserver en position  
verticale entre 15°C  
et 25°C.

NE PAS CONGELER. : الحفظ:

تحفظ القارورة في وضع

عمودي ما بين 15 و 25

درجة حرارة مئوية

لا يجمد.

Jeter le flacon 15 jours  
après sa date d'ouverture.  
يجب رمي القارورة 15 يوما  
بعد تاريخ فتحها.

A UTILISER UNIQUEMENT  
SI LA BAGUE IMPRIMÉE  
EST INTACTE

لا يستعمل إلا إذا كانت  
الحلقة المطبوعة سليمة

DETENTEUR/TITULAIRE  
DE L'AMM ET FABRICANT :

صاحب مقدر التسجيل/  
الصانع:

Bausch & Lomb Incorporated  
8500 Hidden River Parkway  
Tampa, Florida 33637  
Etats Unis d'Amérique (USA)

AMM Maroc N° : 204  
DMP/21/NNP

# Fucithalmic® 1%

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsallane-Rue Amyot d'Inville

BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20



Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

%1 Fucithalmic® %1 فوسيتالميك

المسار العياني (بصري)

يجب عدم الابتلاع

يجب قراءة النشرة الطبية قبل الإستعمال

يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول أيدي الأطفال

EPI titulaire de l'AMM au Maroc :

POLYMEDIC

Rue Amyot d'Inville - Quartier Arsallane

Casablanca - Maroc

Fabricant :

LEO Laboratories Ltd.

Cashel Road, Dublin 12, Irlande

مدة الحفظ بعد الفتح : ١٥ يوم

عدم البيع - إستمرد  
المنتجات الموسومة

قائمة رقم ١ - بوصف طبية فقط

## Fucithalmic® 1%

Acide fusidique  
Gel ophtalmique

## %1 Fucithalmic®

حمض فوسيدي  
مرهم للعين أبيض من 3 جرام

Voie ophtalmique (oculaire).  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.

Durée de conservation après  
ouverture : 15 jours.

Tube de 3 g

1%



### Composition :

Acide fusidique : 30 mg pour 3 g de gel

### Excipients :

chlorure de benzalkonium, édétate de sodium, mannitol,  
carbomère, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour  
préparations injectables.

Excipients à effet notoire : chlorure de benzalkonium

Consulter la notice pour toute information complémentaire.

### التركيب

حمض الفوسيديك 30 ملغرامول 3 جرام جل (علام)

### المكونات

كلوريد البنزالكونيوم، إيديتات الصوديوم، دي-مانيتول، كاربومير  
(كاربومير ٩٧١ سي)، محلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء للحقن،  
سواقة لانه تأثير بارز : كلوريد البنزالكونيوم

لنورد من المعلومات انظر النشرة المرفقة

1%