

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.

Déclaration de Mala



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W19-468682

52960

☐ Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUMHOV KHADIJA

Date de naissance : 1950

Adresse :

Tél. : 06-62-28-49-42 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :




Adresses Mails utiles

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

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/04/20	22,50

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	

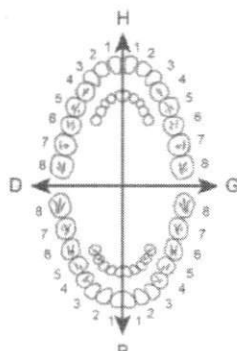
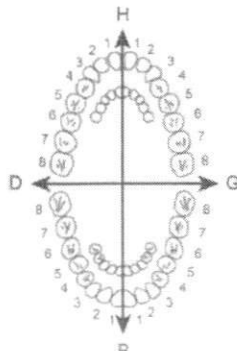
tous

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 l

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

07/12/2020

Moummou Khadija

36, 50

Chebaxine C



1 gtt x 6 / 7

37, 20

Fucithalmic P



1 app / 7

ODG

X

10

jours

77, 50

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass BOUJAZZA Mohamed
Ophtalmologie

131205533

صيدلية النيرة
PHARMACIE ANNIA
Conseil Assafa - Im. 46, 4A - Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 93 46 33

RDV le 21/12/2020

pour AF.



فوسيتايك® 1% ، هلام للعينين حمض فوسيدي

- الرجاء قراءة هذه النشرة كاملة قبل استعمال هذا الدواء.
- احتفظوا بهذه النشرة إذ قد تحتاجون إلى إعادة قراءتها.
 - إذا كانت لديكم أسئلة أو رادكم شكوك، فاستشيروا الطبيب أو الصيدلي.
 - لا تأخذوا وصف هذا الدواء لكم شخصياً، لا تشعروا إلى أي شخصي آخر، حتى في حال ظهور عوارض مماثلة لمواضعكم لديه، إذ قد يكون ذلك خطراً له.
 - إذا تناقم أحد الآثار الجانبية أو لاحظتم ظهور أثر سببي غير وارد في هذه النشرة، فاطلبوا طبيبك أو الصيدلي عليه.

في حال استعمالكم كمية من فوسيتايك® 1% هلام للعينين أكبر من الكمية

الواجب عليكم استعمالها،
استشيروا الطبيب أو الصيدلي.

في حال نسيتم استعمال فوسيتايك® 1% هلام للعينين،
لا تضموا جرعة موزوجة للمريض عن الجرعة التي نسيتم وضعها.

في حال توقفتكم من استعمال فوسيتايك® 1% هلام للعينين،
استشيروا طبيبك، إذا كنتم تتكربون في التوقف عن العلاج.

إذا كانت لديكم أسئلة أخرى حول استعمال هذا الدواء، فاستشيروا الطبيب أو الصيدلي
طالبا للمعلومات.

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
كثيره من الأدوية، من المحتمل أن يكون فوسيتايك® 1% هلام للعينين، آثار جانبية،
حتى إن لم يكن جميع الأشخاص عرضة لهذه الآثار.

في حال لاحظتم ظهور أي آثار جانبية أو في حال تناقم بعض الآثار الجانبية، فقوموا فوراً
بإبلاغ الطبيب أو الصيدلي.

5. كيفية حفظ فوسيتايك® 1% هلام للعينين؟
يُحفظ بعيداً عن متناول ويطر الأطفال.

لا تستعملوا فوسيتايك® 1% هلام للعينين بعد انقضاء مدة الصلاحية المذكورة على
الطية. تشير مدة الصلاحية إلى آخر يوم من الشهر.

لا تستعملوا بعد مرور 15 يوماً على تاريخ فتح الأنبوب.

تتضمن هذه النشرة:

1. ما هو فوسيتايك® 1% هلام للعينين وما هي دواعي استعماله؟
2. ما يجب معرفته قبل استعمال فوسيتايك® 1% هلام للعينين؟
3. كيف يجب استعمال فوسيتايك® 1% هلام للعينين؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
5. كيف يجب حفظ فوسيتايك® 1% هلام للعينين؟
6. معلومات إضافية.

1. ما هو فوسيتايك® 1% هلام للعينين وما هي دواعي استعماله؟
إن هذا الدواء مُخصص للعينين واثني على شكل هلام للعينين، وهو يحتوي على مُضاد
حيوي، الحمض الفوسيدي، الذي يعمل على قتل بعض الجراثيم المسؤولة عن التهابات
العين. يُوصف هذا الدواء لعلاج بعض أنواع التهابات العينين والحد من نموها بشكل موضعي. التهابات
الأنفحة، التهاب القرنية (ذات الأصل البكتيري)، تهيجات القرنية، التهاب الجفن (ذات
الأصل البكتيري) وشيرة في العين (التهاب يصيب إحدى القنود الموجودة داخل الجفن)،
ومع يظهر عموماً على شكل بثرة على أحد الرموش).

2. ما الذي يجب معرفته قبل استعمال فوسيتايك® 1% هلام للعينين؟
لا تستعملوا إطلاقاً فوسيتايك® 1% هلام للعينين،
إذا كنتم مصابون بحساسية (حساسية كقرصة) ضد الحمض الفوسيدي أو أي من
مكونات هذا الهلام الأخرى.

في حال رادكم الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.
اكتبيروا عند استعمال فوسيتايك® 1% هلام للعينين،
لا تبتلعوه.

لا تشعروا بالخطر إلى ما بعد انتهاء المدة على وصفة الطبيب، استشيروا الطبيب فوراً
في غياب أي تحسن سريع أو في حال ظهور عوارض غير طبيعية، استشيروا الطبيب فوراً.



CHIBROXINE 0,3%

COLLYRE Flacon 5ml - PPV : 36,50 DH

Distribué par les Laboratoires SOTHENA

B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

ilisateur

CHIBROXINE 0,3 POUR CENT, collyre en solution Norfloxacin

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un

Si vous avez utilisé plus de CHIBROXINE 0,3 POUR CENT, collyre en solution que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre CHIBROXINE 0,3 POUR CENT, collyre en solution :
Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

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.

- Les plus fréquemment rencontrés : sensations de brûlure ou de picotement local.
- Plus rarement : rougeur et inflammation de l'œil, sensibilité excessive à la lumière, goût amer après l'administration.
- Très rarement : dépôts dans l'œil