

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.

Éducation :

- 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 575 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOURLAGBA NAJAT

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-047334

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
NPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = 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 ou 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

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 prévenir 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



M 2575
MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 0034902

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : M R ELHAY. AbdeLLah
Matricule : RETRAITÉ Fonction : compt. PL Poste :
Adresse : EL Gross - B-65- N° 03 - Maubaraka
Tél. : Signature Adhérent : Hay

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Bou RA G-BA NAJA Age 51
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Bijoux dentaires
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 MU 0034902

Matricule N° : 575
Nom du patient :
Date de dépôt : 28-05-2000
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/05/2020	302,02
	13/05/20	349,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalair ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca, le :

13/05/2006

Mr/Mme BOU RAG BA NAJAT

• SPECTRUM 250mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

• TOBRADEX COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

• FRAKideX POMMADE :

Le soir dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

• OZODROP COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 6 semaines.

• OPHTASALINE UNIDOSE :

Un lavage le matin dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

• RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05 22 77 77 40 à 49(LG) / 05 22 25 00 02 / Fax : 05 22 25 00 01 – Casablanca

E-mail : clinique-almadina@yahoo.fr - IF N° : 1007171 – Patente : 34782425

FRAKIDEX®

Phosphate sodique de dexaméthasone - Sulfate de framycétine

Pommade ophtalmique

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.
Elle contient des informations importantes sur votre traitement et sur votre maladie.
Si vous avez des questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Les substances actives sont : pour 100 g
Dexamethasone (phosphate sodique de) 0,1 g
Framycétine (sulfate de) 315 000 UI
Les autres composants sont : vaseline et paraffine liquide.

TITULAIRE ET EXPLOITANT

Laboratoire CHAUVIN
416, rue Samuel Morse - 34000 Montpellier - France
Médicament autorisé n° 326 452-1
CLV Algérie n° 096/17D125/01
AMM Tunisie n° 5283073

FABRICANT

Laboratoire CHAUVIN
Z. I. Ripotier Haut - 07200 AUBENAS - France

1. QU'EST-CE QUE FRAKIDEX, Pommade ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Tube de 5 g.

Ce médicament est une pommade ophtalmique contenant :

- un antibiotique de la famille des aminosides : la framycétine,
- et un corticoïde : la dexaméthasone.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil et des paupières :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT D'UTILISER FRAKIDEX, Pommade

Ne pas utiliser FRAKIDEX, Pommade dans les cas suivants :

- Antécédent d'allergie à l'un des constituants de la pommade, notamment à la framycétine (antibiotique de la famille des aminosides),
- Infection débutante de l'œil d'origine virale,
- Affection mycosique.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin :

- pendant la grossesse et l'allaitement,
- en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

Mises en garde

Ne pas avaler. En cas d'allergie, le traitement doit être arrêté.

Chez certains patients, ce médicament peut entraîner une augmentation de la pression intra-oculaire et/ou un retard de cicatrisation.

Prendre des précautions particulières avec FRAKIDEX, Pommade

- L'usage de ce médicament doit être évité chez le nourrisson.
- En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.
- En cas de traitement prolongé par cette pommade, une surveillance par l'ophtalmologiste est nécessaire.
- Ne pas prolonger le traitement au-delà de la date prévue sans avis médical (risque de passage non négligeable du corticoïde dans la circulation générale).
- En cas de traitement par un collyre, instiller ce collyre au moins 15 minutes après l'application de la pommade ophtalmique.
- Le port des lentilles de contact est à éviter durant le traitement.
- Ne pas toucher l'œil ou les paupières avec l'extrémité du tube.
- Reboucher soigneusement le tube de pommade après usage.

Grossesse et allaitement : L'utilisation de ce médicament est contre indiquée pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin : lui seul pourra adapter le traitement à votre état.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines : En cas de gêne d'adhérence de la forme pommade, il est recommandé d'attendre de conduire un véhicule ou utiliser une machine.

Sportifs : Sportifs, attention, ce médicament contient un principe actif induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles ar

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

NOTICE: INFORMATION DE L'UTILISATEUR

TOBRADEX® , collyre en suspension

Dexaméthasone, Tobramycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que TOBRADEX, collyre en suspension et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TOBRADEX collyre en suspension ?
3. Comment utiliser TOBRADEX, collyre en suspension ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TOBRADEX, collyre en suspension ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE TOBRADEX, collyre en suspension ?
2. QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS

406833



OPHTALMO • SERVICE



Sérum physiologique

مصل فيزيولوجي

Sérum physiologique

Ce **Ophta Saline** se présente sous forme d'ampoule unidose sans agents tampons ni conservateurs. Il agit par un phénomène d'entraînement mécanique, ce qui le rend idéal en cas de sensibilité des yeux ou du nez.

Les fonctions principales du **Ophta Saline** sont :

- Lentilles de contact:
 - Empêcher la déshydratation des lentilles hydrophiles.
 - Rincer tous les types de lentilles de contact.
 - Convient à la dissolution des comprimés de déprotéinisation.
- Instillation oculaire : réduit l'inconfort provoqué par des conditions environnementales difficiles, comme un environnement enfumé, sec ou avec climatisation/chauffage, etc.
- Irrigation nasale : soulagement symptomatique des rhinites.

MODE D'EMPLOI

Détacher une ampoule. Ouvrir l'ampoule après s'être lavé les mains en faisant tourner l'embout et en s'assurant que l'ampoule ne touche aucune surface.

Rinçage des lentilles de contact et dissolution de comprimés de déprotéinisation :

Rinçage : après nettoyage ou dès que cela est nécessaire, placer une lentille dans la paume de la main, puis arroser généreusement de produit avant de frotter avec le bout du doigt.

Dissolution de comprimés de déprotéinisation : suivre les instructions fournies avec les comprimés.

Usage direct sur la surface de l'oeil :

- o avec ou sans lentille de contact, exercer une lég



**Solution ophtalmique lubrifiante, protectrice, hydratante et apaisante,
à base d'hypromellose, de liposomes et d'huile végétale ozonisée.**

OZODROP®, grâce à son action lubrifiante, hydratante et protectrice de la surface oculaire, est utile:

- pour encourager les processus de réparation après un stress chirurgical ou traumatique;
- dans le traitement des symptômes liés aux maladies inflammatoires;
- dans le traitement de la sécheresse oculaire, même en présence d'une irritation causée par les conditions environnementales ou le stress mécanique, comme l'adaptation des lentilles de contact.

La présence 'd'huile végétale et de liposomes aide à stabiliser la phase lipidique du film lacrymal, réduisant l'évaporation de la phase aqueuse et assurant un soulagement immédiat.

L'huile végétale utilisée est ozonisée et donc autoconservée, rendue plus biodisponible et bio tolérable par l'insertion des liposomes à l'intérieur.

Indications

La solution est indiquée:

- pour la lubrification et la protection de la cornée avant et après l'intervention chirurgicale;
- en cas de traumatismes oculaires;
- après le port de lentilles de contact;
- en cas de modifications de la surface oculaire dues à l'instabilité du film lacrymal, également présent chez les patients souffrant d'infections oculaires récurrentes.

La solution est également indiquée dans le traitement apaisant des contextes inflammatoires.

OZODROP

P.P.C : 129Dh

FACTURE

N° : 3647 B / 2020 du 13/05/2020

CPA

Nom patient BOURAGBA NAJAT
PAYANT

Entrée 13/05/2020
Sortie 13/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1,00		150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00
Total Clinique				150,00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthesiste) CPA	1,00		150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Dr Mehdi Lahbabi
Anesthésiste Réanimateur

CLINIQUE AL MADINA
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard
Caisse
Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.01