

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Aïdal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïdal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-426661

58523

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>10727</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>OUAHD SATIIRA</b>			
Date de naissance : <b>22/09/1974</b>			
Adresse : <b>30 Résidence DARIA LAKRIMATE</b>			
Tél. : <b>0661535706</b>	Total des frais engagés : <b>370,50 DHS</b>		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>02/01/2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>OUAHD Samira</b> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Affection gulaire</b>			
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) :

## **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
22/01/2022 CS			200,-	INP : 010063959 DE L'OPÉRATION PANORAMIQUE CASABLANCA MAROC 22-06-2022 10:15:20 00 - 05/22/2022 15:15:21

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES DALLAS 492, BIS Bd. Panoramique (Montpellier) Tél. 04 67 11 11 11	02/01/21	170,- 50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

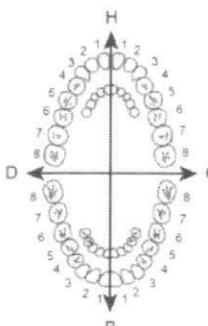
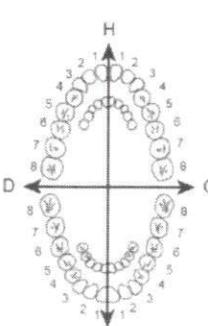
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaire, 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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique: nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>				



**ORDONNANCE**

Casablanca le ..... 02/01/2021

M. OUAHID Samira

-SZ

54,40

- Tébraderes p de  
l'app le cor

30,10 - Madrid

-SZ

04

Max 41 + 15

86,00  
170,50

- lyse

-SZ

Max 41

**PHARMACIE DES DALIAS**  
Dr. S. BOUHLAL BOUHLAL  
492 Bis. Bd. Panoramique  
(Montpellier) Tel.: 0522 522 520

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**  
51A, Boulevard Panoramique, California  
Casablanca, maroc  
Tel.: 05 22 29 66 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax.: 05 22 86 46 21

544, Boulevard Panoramique, California, Casablanca, Maroc  
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862  
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15  
+212 522 86 46 18  
+212 522 86 46 19  
+212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00 / 60  
+212 522 86 46 21  
info@clinic-oeil.com  
www.clinic-oeil.com



## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

# TOBRADEX®

## Pommade ophtalmique

*Tobramycine/Déexaméthasone*

Tube de 3,5 g

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 d'autres 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, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. 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.

Que contient cette notice :

- Qu'est-ce que **Tobradex Pommade ophtalmique et dans quel cas est-elle utilisée ?**
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **Tobradex Pommade ophtalmique ?**

**TOBRADEX®**  
POMMADE OPHTALMIQUE  
3,5 G  
Boîte de 1 tube PPV=54,40 DHS  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



PPV=54,40 DHS  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



Utilisation pendant la grossesse 6 118001 070602  
69020-4

L'utilisation de la pommade ophtalmique TOBRADEX est déconseillée pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou envisagez une grossesse, n'utilisez ce médicament que sur autorisation de votre médecin.

L'utilisation de la pommade ophtalmique TobraDex est déconseillée pendant l'allaitement. Vous devez donc soit cesser d'allaiter, soit arrêter le traitement.

### Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

La vue pouvant être provisoirement troublée juste après l'application de la pommade ophtalmique, il est recommandé d'attendre que le symptôme disparaisse avant de conduire un véhicule ou d'utiliser une machine.

### 3- COMMENT UTILISER TOBRADEX POMMADE OPHTALMIQUE ?

#### Posologie/Mode d'emploi

##### Adulte :

La posologie du médicament doit être déterminée par le médecin individuellement pour chaque patient. Respectez dans tous les cas la dose fixée par votre médecin. Ni la dose journalière, ni la durée du traitement ne doivent être modifiées sans en parler à votre médecin. De plus, le traitement ne doit pas être interrompu sans instruction de la part de votre médecin. En cas de gonflement du tronc et du visage (syndrome de Cushing) et/ou de suppression surrénalienne, vous ne devez pas interrompre le traitement brutalement, mais le réduire progressivement, selon les instructions de votre médecin, jusqu'à l'arrêter.



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR  
Dénomination du médicament :

# Maxidrol® Collyre

Flacon de 5 ml

Dexaméthasone/ Néomycine/ polymyxine-B



6 118001 070398

Laboratoire SotHEMA Bouskoura  
Maxidrol collyre, 5 ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV : 30,10 DHS

406994

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 d'autres 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, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

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.

Que contient cette notice :

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

## 1-QU'EST-CE QUE MAXIDROL COLLYRE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISEE ?

Le collyre Maxidrol est un médicament pour le traitement des inflammations oculaires infectées et doit être utilisé uniquement sur prescription du médecin.

## 2-QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MAXIDROL COLLYRE?

### Contre-indications :

N'utilisez jamais **MAXIDROL collyre** :

- Lors d'une hypersensibilité (allergie) connue ou supposée à une substance du médicament,
- lors de certaines infections virales et bactériennes de l'œil,
- lors de mycoses oculaires ou d'infections parasitaires non traitées de l'œil,
- lors de lésions ou d'ulcères cornéens et chez les nouveau-nés.

### Précautions d'emploi / mises en garde spéciales :

- Lorsqu'une réaction allergique se développe, par ex. en cas de démangeaison oculaire, de gonflement des paupières ou de rougeur des yeux, arrêtez le traitement et consultez votre médecin. Les réactions allergiques peuvent se manifester de manière très différente, de démangeaisons locales, rougeurs de la peau à des réactions cutanées sévères. Ces réactions allergiques peuvent également survenir dans d'autres traitements (topiques ou systémiques) avec un antibiotique du même type (amyloglycosides). Adressez-vous à votre médecin si vous utilisez d'autres antibiotiques avec le collyre Maxidrol.

**PPC 86,00 DH**

LOT



9



**thalmic solution  
yaluronate 0.4%**

4%, dibasic sodium phosphate;  
oride; benzalkonium chloride; sodium

solution in a bottle of 10ml.

almic solution of high molecular weight sodium  
by biotechnological synthesis. Sodium hyaluronate  
co-adhesive and viscoelastic properties that improve  
and keeps the ocular surface comfortable.

d?

izing and protective qualities of sodium hyaluronate  
urning and foreign body sensations in the eyes due  
ents such as wind, sun, dry air, salt water, smoke,  
ditioning, heating, prolonged use of computer or  
irititis, contact lenses use.

s daily.