

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-426661

58523

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10727

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : OUAHID SATIRA

Date de naissance : 22/09/1974

Adresse : 30 Résidence DARIA LAKRIMATE
AIN CHOK - CASA

Tél : 0661535706

Total des frais engagés : 370,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2021

Nom et prénom du malade : OUAHID Samira

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection séculaire

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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES DALIAS Dr. S. BOUSTIHA BOUHLAL 492, Av. S. Bd. Paroisse Montpellier	02/01/21	170,50

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

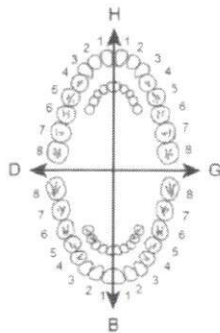
[illegible]

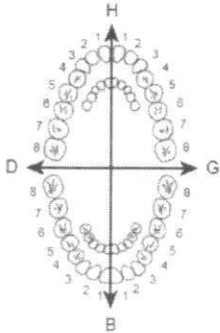
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 0000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div> <p>21433553 0000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>	<input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
		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 L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 02/01/2021

M. OUAHID Samira

SZ

54,40

- Tobradex
l'app le soir

30,10

- Maxidrol

SZ

Hyax 4/5 x 15j

04

86,00

- Myc

SZ

170,50

Hyax 4/5

PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUSTINA BOUHLAL
492, Bis. Bd. Panoramique
(Montpellier) - Tél.: 05 22 52 50 15

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard Panoramique, Californie,
Casablanca, Maroc
Tel.: 05 22 52 50 15 / 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 52 50 15



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

TOBRADEX®

Pommade ophtalmique

Tobramycine/Déxaméthasone

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 :

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

TOBRADEX®
 POMMADE OPHTALMIQUE
 3,5 g
 Boîte de 1 tube
 Laboratoires Sothema, Bouskoura
 AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



Utilisation pendant la grossesse
 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



Veillez 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 (amphotéricosides). Adressez-vous à votre médecin si vous utilisez d'autres antibiotiques avec le collyre Maxidrol :

thalmic solution
hyaluronate 0.4%

PPC 86,00 DH

LOT



9



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

solution in a bottle of 10ml.

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

id?

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

s daily.