

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0061585

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11881 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : M. MURRIS KARIM

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- PSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = 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 au 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

l'actes répétés en plusieurs séances . ou actes

lobes comportant un ou plusieurs échelonnées

ans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

es actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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



# 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 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 813751

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA  
Matricule : 11881 Fonction : Agent Commercial Poste :  
Adresse : 16 Bis, Rue Abd el Kader Bouaguel Casca  
Tél. : 0615354455 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

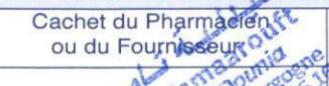
Nom & Prénom du patient : Diari: AHMED Age 30 01 66  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : APPETIT OCULAIRE  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Casablanca, le 03-11-2021 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

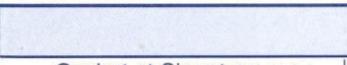
DECLARATION N° 813751  
Matricule N° : 11881  
Nom du patient : DIARI AHMED  
Date de dépôt : 07/12/2021  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : 300 + 167,50 + 2000



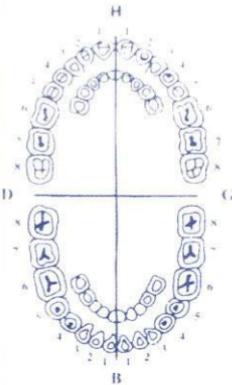
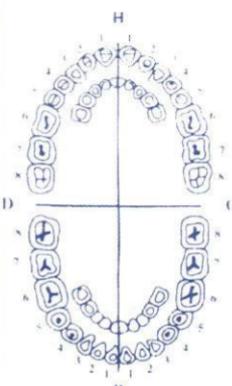
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Tamarouf Dr. Ben Salem Bourgoane 3 Rue Tamarouf - Bourgoane Casablanca - Tél. 65 22 45 56 16</p>	08/11/2021	167,504
	092064559	

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<div style="text-align: center;">  </div>	03/10/20					100000 DKS

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																										
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
					MONTANT DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"></td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"></td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
		H																								
	25533412		21433552																							
	00000000		00000000																							
	D		G																							
	00000000		00000000																							
	35533411		11433553																							
		B																								
					MONTANT DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

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



PT211027110622

03 novembre 2021

**Mr. DIOURI Ahmed**

صيدلية تامعاروفت  
Pharmacie Tamaarouft  
Dr. B. VIKIRANE Dounia  
4, Rue Tamaarouft - Bourgogne  
Casablanca - Tel. 05 22 26 56 16

37,20  
**FUCITHALMIC 1% GEL OPHTALMIQUE**

1 application le soir à la racine des cils, dans les deux yeux, pendant 15 jours

54,10  
**LARMABAK 90 MG COLLYRE**

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

26,20  
**AZYTER. COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour matin et soir. pendant 3 jours

**Azyter 15 mg/g**  
Collyre, 8/6 récipients unitaires  
PPV : 76,20 DH



6 118001 101801  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

صيدلية تامعاروفت  
Pharmacie Tamaarouft  
Dr. B. VIKIRANE Dounia  
4, Rue Tamaarouft - Bourgogne  
Casablanca - Tel. 05 22 26 56 16

Dr. Reda MIKOU  
Chirurgien Ophthalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : mikou@cliniquestendhal.ma

FR

# Larmabak 0,9 POUR

## Collyre

### Chlorure de sodium

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAUDI

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

#### Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?
3. COMMENT UTILISER LARMABAK

#### Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.

#### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments,



# Fucithalmic® 1%, gel ophtal

## Acide fusidique

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**

Quarter Arsalane-Rue Amyot Inville

BP 10677 CASABLANCA-MAROC

**Fucithalmic® 1% gel ophtalmique**

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

**PPV : 37 DH 20**


**Veillez 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 Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
3. Comment utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
6. Informations supplémentaires.

### 1. QU'EST-CE QUE FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est destiné à l'œil et se présente sous forme de gel ophtalmique. Il contient un antibiotique, l'acide fusidique, qui agit en tuant certaines bactéries responsables d'infections.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil et des paupières : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne), ulcères de la cornée, blépharites (inflammation des paupières d'origine bactérienne) et orgelets (infection d'une glande située dans la paupière se présentant habituellement comme une pustule centrée sur un cil).

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ?

**N'utilisez jamais Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acide fusidique ou à l'un des autres composants contenus dans ce gel.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### Durée du traitement

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé. La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

**Si vous avez utilisé plus de Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique que vous n'auriez dû :**

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous oubliez d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :**

N'utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée d'utiliser.

**Si vous arrêtez d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :**

Consultez toujours votre médecin si vous envisagez d'arrêter le traitement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous remarquez des effets indésirables ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.



PT211027110622

03 novembre 2021

**Mr. DIOURI Ahmed**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.25 (- 0.50 à 52°)

OG = + 0.25 (- 0.50 à 171°)

VP : ODG = Add : + 2.00

**PROJECT VISION**  
53, Bd. Bordeaux RDC Mag. N°32  
Casablanca  
Tél : 06 61 68 49 04 - GSM: 06 61 68 49 04

*(Signature)*  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.ma  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Chirurgie Ophtalmologie  
Dr. Reda MIKOU

# Project Vision

Votre Vision, Notre Priorité

53, Boulevard de Bordeaux, Sidi Belyout  
Casablanca, 20000  
+212 (0)522 48 79 30  
+212 (0)621 60 60 19



# Facture

DATE: 03-12-2021  
facture # 202112030938

Facturer à :

DIOURI AHMED

DESCRIPTION	Quantité	P.U/TTC	Prix Total TTC
Monture optique (VL)	1.00	400.00 MAD	400.00 MAD
Verres correcteurs (VL)	2.00	300.00 MAD	600.00 MAD
Monture optique (VP)	1.00	400.00 MAD	400.00 MAD
Verres correcteurs (VP)	2.00	300.00 MAD	600.00 MAD

**PROJECT VISION**  
53, Bd. Bordeaux RDC Mag. N°32  
Casablanca  
Tel: 05 22 20 53 51 - GSM: 06 61 68 49 04

Montant HT	1 666.67 MAD
% TVA	20.00%
Montant TVA	333.33 MAD
Autre	0.00 MAD
<b>TOTAL TTC</b>	<b>2 000.00 MAD</b>

Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :

Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui

Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42

Nom du propriétaire du compte: Project Vision

Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC

Montant Total à payer à l'ordre de Project Vision :

Deux mille dirhams

Mode de paiement :

Espèce