

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.

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-630522

Mk du conjoint

112149

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MA BENCHERIF Siti-Said
 Date de naissance : 01-02-1952
 Adresse :
 Tél. : 0661453762 Total des frais engagés : #12 Euros # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Âge : 70 ans

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 : Casablanca Le : 07/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
Plou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

LES MAISONS NEUVES
42 Avenue Félix Faure
69003 LYON
Tél. 04 78 54 00 00
Fax 04 72 33 65 45
ISS 1232123

12/03/22 1 Boxax / Ac bonique
1 Allergflash 12 €

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

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 le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Phie des Maisons Neuves
Christian MR MERLIN
242 Avenue Felix Faure
69003 LYON
FRANCE
Tel: 0478540966
N° SIRET: 44834050500016
Code NAF: 4773z - FR30448340505

Page 1 / 1

FACTURE

N°5640

Du 27/03/2022

Date de l'échéance 28/03/2022

BENCHERIF S-said
35 cours richard vitton
69003 LYON

Opérateur: Stephanie P

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
BORAX/AC.BORIQUE MYL SOL OPH 5ML10 CONSEIL 3400930190630 N° Lots : Y51001	1	3,182	10,00%	3,18
ALLERGIFLASH0,05PC COLLY DOS10 3400934691638	1	7,727	10,00%	7,73

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
10,91	10% (10)	1,09	12,00
Total HT		Total TVA	Total TTC
10,91		1,09	12,00

Mode(s) de règlement

Espèces

12,00

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 10: taux 10.0

INDICATIONS
Voie oculaire. Lire la notice avant utilisation. Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes d'une allergie au niveau de l'œil (conjonctivite allergique) reconnaissable par des yeux et/ou des paupières gonflés, des yeux rouges, qui démangent ou qui larmoient.

POSOLOGIE

La dose recommandée est d'une goutte dans chaque œil 2 fois par jour.

COMPOSITION

Lévocabastine 0,05 g
(sous forme de chlorhydrate de lévocabastine)
Pour 100 mL de solution.

Excipients: Hydroxypropylbétadex, phosphate monosodique dihydraté, phosphate disodique dodécahydraté, chlorure de sodium, eau purifiée.

Excipients à effet notoire: Phosphates
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Utiliser le récipient unidose
immédiatement après ouverture
et le jeter après utilisation.

... before use. This
medicine is used to treat symptoms of an eye allergy
(allergic conjunctivitis) recognizable by swollen eyes
and/or eyelids, red, itchy, or watery eyes.

DOSAGE

The recommended dose is one drop into each eye twice a day.

COMPOSITION

Lévocabastine 0.05 g
(as levocabastine hydrochloride)
For 100 mL of solution.

Excipients: Hydroxypropylbetadex, sodium dihydrogen phosphate dihydrate, disodium phosphate dodecahydrate, sodium chloride, purified water.

Excipients with known effect: Phosphates.
Read the package leaflet for more information.

SPECIAL WARNINGS

Keep out of the sight and reach of children.
Use the single-dose container immediately
after opening and throw it away after use.



®/™ signifie que ce sont des noms de marque appartenant à Bausch & Lomb Incorporated ou à l'une de ses filiales.
© Bausch & Lomb Incorporated.

®/™ are trademarks of Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.
© Bausch & Lomb Incorporated.



CIP 3400934691638
LOT/BATCH H6891
FAB/MANUF 02 2021
EXP/EXP 01 2023

BAUSCH+LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

Collyre en solution
en récipient unidose

AllergiFlash®
LÉVOCABASTINE 0,05%
LEVOCABASTINE 0.05%

Collyre anti-allergique
Anti-allergic eye drops

Titulaire et
Exploitant /
MA Holder and
Marketed by:
Laboratoire Chauvin
416 rue Samuel
Morse - CS99535
34961 Montpellier
Cedex 2 - FRANCE

10 RÉCÉPIENTS UNIDOSÉS de 0,30 mL
10 x 0.30 mL SINGLE-DOSE CONTAINERS



10 récipients de 5 mL

Borax/Acide borique

Mydan 12 mg/18 mg/mL

Borax/Acide borique
Mydan 12 mg/18 mg/mL

Le conseil de mon pharmacien :

*1 à 3 lavages oculaires
par jour... sans AllergiFlash*

COMPOSITION :

Borax : 12 mg, Acide borique : 18 mg
pour 1 mL de solution.
Excipients : chlorure de sodium, eau distillée de rose,
eau purifiée.

MODE D'ADMINISTRATION :

EN LAVAGE OCULAIRE. Lire la notice avant utilisation.

! MISE EN GARDE SPÉCIALE :

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Ne pas injecter, ne pas avaler.
Après usage, le récipient unidose doit être jeté.
Ne pas réutiliser un récipient unidose déjà ouvert.

INDICATION D'UTILISATION :

Lavage oculaire en cas d'irritation conjonctivale.

POSOLOGIE :

En lavage oculaire, 1 à 3 lavages oculaires par jour.
Se laver soigneusement les mains.
Utiliser le récipient unidose immédiatement après
ouverture et jeter après usage.



10 récipients
unidoses de 5 mL

Borax/Acide borique

Mydan 12 mg/18 mg/mL

Solution pour lavage ophtalmique en récipient unidose



10 récipients
unidoses de 5 mL

Voie ophtalmique
Ne pas avaler

Solution pour lavage ophtalmique
en récipient unidose

Borax/Acide borique

Mydan 12 mg/18 mg/mL



LAVAGE DE L'ŒIL IRRITÉ



Titulaire - Exploitant :
Mydan S.A.S.
117 Allée des Parcs
69800 Saint-Priest
France

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 301 906 3 0



66ETU3861/A

M.191528-A
PR2030996



Y 51001
07 2023

EXP
Lot