

## 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° W21-617032

121978

pr courir

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2020

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ASSIDDIK MONAME

Date de naissance :

1950

Adresse :

AP 03 IMM HY LOT ASSABAH ESSAOUIRA ELJADIDA  
ESSAOUIRA

Tél. :

0699599596

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

13/06/22  
ASSIDDIK n.d

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Correction optique

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

N° W21-617032

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 :



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
13-06-22			250,000	INP : 061632524

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUSSI Ahmed 24 Ziguay Tel: 05 24 79 26 95	13-06-22	99,20

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, 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"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

**Dr. ALOUTA Nadia**

**Ophtalmologiste**

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie rétinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucome

Contactologie

Diplômée du CHU ibn rochd casablanca

Diplôme de contactologie du CHU bordeaux - france



**الدكتورة ألوطة نادية**

**إختصاصية في جراحة وطب العيون**

جراحة المياه البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

علاج الحول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب إين رشد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب بوردو فرنسا

**13 juin 2022**

**Essaouira le : .....**

**Mr. ASSIDDIKI MOHAMED**

**1/ ALLERGODIL COLLYRE**

1 goutte x2/j, les deux yeux; 1mois

**2/ FLUCON COLLYRE**

1 goutte x4/j, les deux yeux; 10j

**PHARMACIE SNOUSI**  
Docteur L. SNOUSI Ahmed  
22 Ziguin  
Tel: 05 24 79 26 95

**PHARMACIE SNOUSI**  
Docteur L. SNOUSI Ahmed  
22 Ziguin  
Tel: 05 24 79 26 95

**Dr. Nadia ALOUTA**  
Ophtalmologiste  
Résidence Jawhara  
Bloc D N°6 Essaouira  
Tel: 06 18 34 67 29

شارع العقبة - إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبالة التكوين المهني الصويرة

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml

A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema

PPV : 22,60 DHS



Remboursable AMO

406865



# Allergodil

**Composition en substance active**  
Chlorhydrate d'azélastine  
0.05g/100 ml

## Liste des excipients :

Chlorure de benzalkonium,  
hypromellose, édétate de sodium, sorbitol à 70 pour cent (cristallisable), hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables

## Forme pharmaceutique

Collyre en solution.

## Excipient à effet notoire

Chlorure de benzalkonium.

## Indications Thérapeutiques

Traitement symptomatique des conjonctivites allergiques.

## Mode et voie d'administration

Voie oculaire  
ADMINISTRATION DANS L'OEIL

Lire la notice avant utilisation

## Médicament autorisé

3400934767203

# Allergodil® 0.05%, collyre en solution

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 76DH60



# Allergodil

**Précautions particulières de conservation**

Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines.

**TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**



**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Titulaire / Exploitant :

**MEDA PHARMA /  
MYLAN MEDICAL SAS**

40-44 rue Washington  
75008 Paris, France

# Allergodil® 0.05%, collyre en solution



Chlorhydrate d'azélastine  
0,05 g/100 ml

Flacon de 6 ml avec  
compte-gouttes

**Collyre en solution**



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

