

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

- 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 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

Declaration de Maladie

N° W21-765223

132705

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12394 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELKHIRAOUI charaf eddine


Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0671232200 Total des frais engagés : 340,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL KHIRAOUI charaf eddine

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : Beni Mellal

Le : 04/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

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
04 OCT. 2022		1015	250,00 DH	INPE: 081184723

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAYALI	01/10/2022	90,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

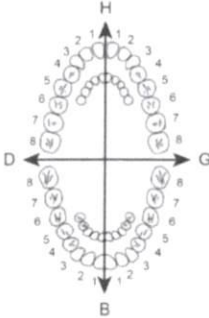
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

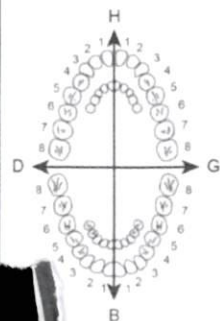
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
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

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse
Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بهستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بهستشفى عين غشت بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالليزر، تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

04 octobre 2022

Mr. EL KHIRAOUI Chraf Eddine

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = - 1.25 (- 0.50 à 120°)

OG = - 0.75 (- 0.25 à 95°)

PHARMACIE LAYALI
Lalla Sana CHABBOUBA
Docteur en Pharmacie
LAYALI 2 N° 99 Berrechid

MASSAGE PAR COMPRESSE TIÈDE

3 fois par jour, dans l'œil gauche

TOBRADEX: COLLYRE CL

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche

TOBRADEX POMMADE

3 fois par jour, dans l'œil gauche

Traitement pendant : 15 jours

زواية شاري محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق النول المدخل B الشقة رقم 5- برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39 Whatsapp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

TOBRADEX

Collyre en suspension

Tobramycine/Dexaméthasone

0,3/0,1%

Flacon de 5 ml



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO

Contenance de 1 flacon.

Prix V : 35,70 DH



406836 MA

ette notice avant de prendre ce médicament.

esoin de la relire.

ez un doute, demandez plus d'informations à votre

nt prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, cela
le leur maladie sont identiques aux vôtres.

ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné
in, ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

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

1- QU'EST-CE QUE TOBRADEX, COLLYRE EN SUSPENSION ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

La suspension ophtalmique TOBRADEX contient les principes actifs tobramycine (antibiotique) et dexaméthasone (glucocorticoïde à action anti-inflammatoire) et s'utilise pour le traitement de certaines inflammations de l'œil accompagnées d'une infection oculaire bactérienne.

La suspension ophtalmique TOBRADEX n'est délivrée que sur ordonnance et doit être utilisée uniquement sur prescription du médecin.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBRADEX COLLYRE EN SUSPENSION ?



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

TOBRADEX®

Pommade ophtalmique

Toi **TOBRADEX®** asone

0,1%
POMMADE OPHTALMIQUE
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



V a 6 118001 070602
690206 MA
Gardez bien cette notice.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, consultez plus d'informations à votre médecin.

égalité de cette notice
ment.

urriez avoir besoin de la

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous souffrez d'une autre maladie, d'allergies ou si vous prenez d'autres médicaments (même en automédication!)/vous prenez ou utilisez déjà d'autres médicaments en usage interne ou oculaire.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

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

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