

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° W21-653596

148737

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11761 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOBARAK MOHAMED YACINE

Date de naissance : 10/05/1976

Adresse : Res 1 Apt 28 Etage 4 GH6 Feddat Lmouhit
old A2222 - DAR Ben ALBA

Tél. : 0661130377 Total des frais engagés : 400 + 172,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin **الطبيبة حسانة العماري**

Cachet du médecin :

Dr. HASNAA LAMARI
PROFESSEUR AGREGÉE OPHTALMOLOGIE
CLINIQUE SPECIALISEE, 33 LOT SANIA
BD HASAAN II - MOHAMMEDIA
URGENTES : 05 23 32 90 02

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOBARAK MOHAMED YACINE Age :

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 : Mohammedia Le : 06 FEB 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
06-FEV-2023	CS			INF : 91638987 Dr. HASNAA LAMALLE PROFESSEUR AGREGÉ OPHTALMOLOGIE MOHAMED EL-KHALIL AN II - 23 32 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
	06/04/23	15210

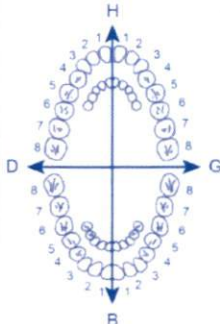
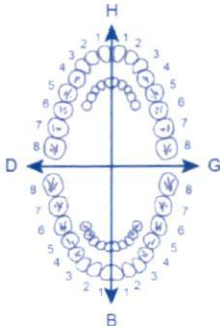
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 : <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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



المصحة المتخصصة بالمحمدية
في أمراض وجراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE

الدكتورة حسناء العماري
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب وجراحة العيون
فحص متخصص للبالغين والصغار

Professeur Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

Mohammed le :

06 février 2023

Enf. MOBARAK Mohamed Yahya

27,90
DESOMEDINE COLLYRE

1 gtt 3f/j pd 10j, dans les deux yeux

99,00
PHYLARM SERUM PHYSIOLOGIQUE

1 lavage 4f/j, dans les deux yeux

(22,60 x 2)
FLUCON COLL

1 gtt 3f/j pd 15j,
puis 2f/j pd 5j,
puis 1f/j pd 5j, dans les deux yeux

DESOMEDINE 0,1%

Collyre 10ml

ZENITH PHARMA

AMM n°50-BMP/21/N/RQ

6118001270071

LOT/عبء: H7482

FAB/ تاريخ الإنتاج: 09-2021

EXP/ تاريخ الانتهاء: 08-2024

PPV : 27,90 DHS

Il est interdit de changer la date de validité
يمنع تغيير تاريخ الإستشارة



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammed le

Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

FLUCON® , collyre

Fluorométholone

b) COMPOSITION

Fluorométholone 0,1 g
Chlorure de benzalkonium 0,01 g
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinylique, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium pour ajuster le pH, eau purifiée q.s.p. 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 3 ml.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CORTICOÏDES

e) NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE / EXPLOITANT

Laboratoires ALCON
4, Rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

ALCON CUSÍ, S.A.
E-08320 El Masnou-Barcelone

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ? (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

La fluorométholone est un anti-inflammatoire qui appartient au groupe des corticoïdes.

Ce médicament est indiqué pour traiter certaines maladies inflammatoires de l'œil.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ? (CONTRE-INDICATIONS)

En cas d'infection ou de lésions de la surface de l'œil (surtout la cornée) telle qu'une infection bactérienne, fongique (due à un champignon microscopique) virale (provoquée, par exemple, par le virus herpès ou le virus varicelle-zona) ou amibienne.

Si vous êtes allergique à la fluorométholone ou à l'un des composants contenus dans Flucon en particulier au benzalkonium.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER
VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

b) MISES EN GARDE SPECIALES

Si l'un de ces cas vous correspond, dites-le à votre médecin et n'utilisez pas FLUCON.

Faites attention avec FLUCON

- en cas d'utilisation prolongée de corticoïdes par voie oculaire
- si la réaction inflammatoire ne diminue pas dans un délai raisonnable au cours du traitement, consultez votre médecin. Vous souffrez peut-être d'une complication ou d'effets indésirables systémiques.



Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

FLUCON® , collyre

Fluorométholone

b) COMPOSITION

Fluorométholone 0,1 g
Chlorure de benzalkonium 0,01 g
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinylique, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium pour ajuster le pH, eau purifiée q.s.p. 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 3 ml.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CORTICOÏDES

e) NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE / EXPLOITANT

Laboratoires ALCON
4, Rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

ALCON CUSÍ, S.A.
E-08320 El Masnou-Barcelone

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ? (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

La fluorométholone est un anti-inflammatoire qui appartient au groupe des corticoïdes.

Ce médicament est indiqué pour traiter certaines maladies inflammatoires de l'œil.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ? (CONTRE-INDICATIONS)

En cas d'infection ou de lésions de la surface de l'œil (surtout la cornée) telle qu'une infection bactérienne, fongique (due à un champignon microscopique) virale (provoquée, par exemple, par le virus herpès ou le virus varicelle-zona) ou amibienne.

Si vous êtes allergique à la fluorométholone ou à l'un des composants contenus dans Flucon en particulier au benzalkonium.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER
VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

b) MISES EN GARDE SPECIALES

Si l'un de ces cas vous correspond, dites-le à votre médecin et n'utilisez pas FLUCON.

Faites attention avec FLUCON

- en cas d'utilisation prolongée de corticoïdes par voie oculaire
- si la réaction inflammatoire ne diminue pas dans un délai raisonnable au cours du traitement, consultez votre médecin. Vous souffrez peut-être d'une complication ou d'effets indésirables systémiques.

