

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie
M22- 0048506

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 326 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEBTI HAYAR 150087
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 / 01 / 2023
Nom et prénom du malade : BENJELLOUN EP SEBTI HAYAR Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Oculaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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

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
26.09.2022	S		CG	

Dr J. Z. Z. Z.
Ophtalmologue
13 Rue des Papillons, 07000
Tél : 05 22 23 71 71 (S.G.) - Fax : 05 22 23 71 71
NPE : 091 44 01 288

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de l'acte
	26/04/23	3550

HARMACIE RIVIERA
Dr. ESSALHI Abdelaziz
Angle Bd. Chandi et Rue
des Eperviers - Marché Riviera
07000 - 05 400 45 700 - Casablanca

HARMACIE RIVIERA
Dr. ESSALHI Abdelaziz
Angle Bd. Chandi et Rue
des Eperviers - Marché Riviera
07000 - 05 400 45 700 - Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدكتور البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 24.01.03

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant Ben fellow

ep Sebt Hayat

99. w

58. w

30. w

27. w

5. w

3. w

PHARMACIE RIVIERA
Dr. ESSALHI Abdelaziz
Angle Bd. Ghandi et Rue
des Eperviers - Marché Riviera
Tél.: 05 400 45 700 - Casablanca

- PHYLARM

1 Rinçage 2 fois par jour

- INDOCOLLYRE

1 goutte 4 fois par jour

- SPECTRUM Collyre

1 goutte 4 fois par jour

- CILOXAN OU FRAKIDEX Pommade

1 Application 1 fois par jour le soir

- MAXIDROL Collyre

1 goutte 4 fois par jour

- COMPRESSES OPHTALMO STERILES

- SPECTRUM CP 250 MG

1cp 2 fois par jour pendant 5 jours

PHARMACIE RIVIERA
Dr. ESSALHI Abdelaziz
Angle Bd. Ghandi et Rue
des Eperviers - Marché Riviera
Tél.: 05 400 45 700 - Casablanca

Dr. J. ZAK
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél.: 0522 25 71 71 (S.G.) Fax: 0522 25 11 15
INPE : 0971 40186

Traitement œil plus

Traitement de 1 mois

Urgence 24/24

LOT 220865
EXP 06/2025
PPV 51.40DH

LOT: A020089
PER: 01-2025
PPV: 33.00DH

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT: 220865
FAB/ 2025-06-01
EXP/ 2025-06-01
FAB/ 2025-06-01
EXP/ 2025-06-01



6116001270088

PPV : 58,00 DHS

Maxidrol® Collyre

Flacon de 5 ml

Dexaméthasone/ Néomycine/ polymyxine-B

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez d'autres questions, 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, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
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.

Que contient cette notice :

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

1-QU'EST-CE QUE MAXIDROL COLLYRE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le collyre Maxidrol est un médicament pour le traitement des inflammations oculaires infectées et doit être utilisé uniquement sur prescription du médecin.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MAXIDROL COLLYRE ?

Contre-indications :

N'utilisez jamais MAXIDROL collyre :

- Lors d'une hypersensibilité (allergie) connue ou supposée
- lors de certaines infections virales et bactériennes de l'œil
- lors de mycoses oculaires ou d'infections parasitaires
- lors de lésions ou d'ulcères cornéens et chez les nouveau-nés

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales :

- Lorsqu'une réaction allergique se développe, par ex. en cas de démangeaison oculaire, de gonflement des paupières ou de rougeur des yeux, arrêtez le traitement et consultez votre médecin. Les réactions allergiques peuvent se manifester de manière très différente, de démangeaisons locales, rougeurs de la peau à des réactions cutanées sévères. Ces réactions allergiques peuvent également survenir dans d'autres traitements (topiques ou systémiques) antibiotiques du même type (amylolalcosides). Adressez-vous à votre médecin si vous



6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DHS

406994



**NOTICE : INFORMATION DE
L'UTILISATEUR**

CILOXAN® 0,3 % **Pommade ophtalmique**

Ciprofloxacinine

Tube de 3,5 g

Veuillez 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 d'autres questions, 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, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

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.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **CILOXAN® 0,3 %, pommade ophtalmique** et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **CILOXAN® 0,3 %, pommade ophtalmique** ?
- 3- Comment utiliser **CILOXAN® 0,3 %, pommade ophtalmique** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **CILOXAN® 0,3 %, pommade ophtalmique** ?

1,25 cm dans le cul de sac conjonctival (ou sur le bord libre de la paupière).

3^{ème} au 7^{ème} jour : appliquer 2 fois par jour un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival (ou sur le bord libre de la paupière).

En cas d'ulcère cornéen :

Adultes et enfants à partir de 1 an :

La pommade ophtalmique Ciloxan doit être appliquée selon les intervalles de temps suivants, également pendant la nuit :

1^{er} et 2^{ème} jour : appliquer toutes les 1-2 heures un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival.

3^{ème} au 14^{ème} jour : appliquer toutes les 4 heures un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival.

Un traitement antibiotique commencé ne doit pas être arrêté sans l'accord de votre médecin. Les symptômes de la maladie oculaire peuvent disparaître avant que l'infection soit complètement guérie. L'arrêt prématuré du traitement, expose à un risque de récurrence de l'infection.

Sans autorisation médicale, ne changez pas la posologie prescrite pour vous. Consultez votre médecin ou pharmacien lorsque vous pensez que l'efficacité du médicament est trop faible ou trop forte.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage :

Lorsque vous avez administré trop de pommade dans l'œil, pommade excédentaire

4- QUELS SONT LES INDÉSIRABLES ?

La prise ou l'utilisation peut provoquer les effets

Les effets secondaires fréquemment (chez 10 personnes sur 100 au maximum) : brûlure ou piqure dans l'œil,

CILOXAN® 0,3 %
POMMADE OPHTALMIQUE
 tube de 3,5 g
 Laboratoires Sothema
 A.M.M. N° 412/180MP/21/NRQ
 PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855 in
 692274 MA

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm



HERMEDIC
PFC
99.00 DHS
16

stériles de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**

ADULTE

Comfort 

Compresse

OCULAIRE STERILE

Compresse Adhésives pour les yeux

Compresse pour les soins des yeux avec le bord oval adhésif qui remplace de façon pratique la classique et inesthétique application de sparadrap supplémentaire.



Prêt à
l'usage

Très absorbant

6

Pochettes
stériles
individuelles

95x65 mm



Comedi