

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-803501

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10914 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HAEDI HAKIMA 167438

Date de naissance : 24 - Février - 1976

Adresse : 151 Bd Ned V Route Bousekoua Benachid

Tél : 06 62 68 26 78

Total des frais engagés : 2908,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/23

Nom et prénom du malade : HAEDI HAKIMA Age :

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

Nature de la maladie : vice de fermeture

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 : N92 Le : 22 / 06 / 2023

Signature : [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
31/05/23		C	200,50	INP : 09/12/12A

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires
Pharmacie Berrechid Halima Marrakchi Pharmacienne 93 Med Mohamed V Berrechid Tél : 0522324068	31/05/23	208,00

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
		A M	P C	I M	I V	
Optique Mille pour cent Optométriste & Opticien	10/06/23					2500,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONGRAIRES

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"/>										
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إفتماصية في
أمراض و جراحة العيون

31 mai 2023

Mme HAFDI Hakima

45.90
CILOXAN COLLYRE

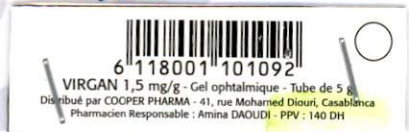
1 goutte 4 fois par jour
, dans les deux yeux, pendant 8 jours

2260
FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

440.10
VIRGAN: PDE

1 application / jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours



Pharmacie Berrechid
Halima Marakchi Pharmacienne
93 Med Mohamed V Berrechid
Tél : 0522324068

Apt 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

CILOXAN® 0,3 % Collyre
Ciprofloxacin

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.
 Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la consulter.
 Si vous avez d'autres questions, si vous avez besoin d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien.
 Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
 Quelqu'un d'autre, même en cas de symptôme similaire, ne doit pas l'utiliser.
 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 collyre** et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **CILOXAN collyre** ?
3. Comment utiliser **CILOXAN collyre** ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **CILOXAN collyre** ?
6. Informations supplémentaires.

1

QU'EST-CE QUE CILOXAN collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le collyre Ciloxan contient le principe actif ciprofloxacin (un antibiotique) qui agit contre de nombreuses bactéries qui peuvent provoquer des infections oculaires. Ciloxan collyre est destiné

au traitement des conjonctivites, des blépharites ainsi que des ulcères cornéens d'origine bactérienne et s'utilise uniquement sur ordonnance médicale

2

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE OU D'UTILISER CILOXAN collyre

Contre-indications :

pharmacien si vous souffrez d'autres maladies, êtes allergique ou prenez

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



Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

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

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في
أمراض و جراحة العيون

31/05/2023

M. Hafid. Makima

Prescription de lunettes avec

une correction de mesure

de lunettes et ou une
nouvelle correction opt.

Apt 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



31 mai 2023

Mme HAFDI Hakima

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.25 (- 0.25 à 85°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 105°)

VP : ODG = Add : + 1.75

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Dr Fatim Ezohra BENOTMANE
OPHTALMOLOGISTE
Tél : 212 5 22 03 54 95
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



Optique 1000 %

Opticien Optométriste

10/06/2023

Mme: Hafdi Hakima

Fatim Ezohra Benotmane

Type des Verres : organiques progressifs
antireflets

Monture : optique 500,00 Dhs

Vision de Loin :

OD Axe 85° Cyl -0,25 Sph +0,25 1000,00 Dhs

OC Axe 105° Cyl -0,25 Sph +0,50 1000,00 Dhs

Vision de Pres : Add : +1,75

OD Axe Cyl Sph

OC Axe Cyl Sph

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Add :

Montant :

2500,00 Dhs

Attesté la Présence Forlure à la Somme de :

Casablanca, le 10/06/2023

Mme: Hafdi Hakmi