

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

## 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° P19-0036901

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9692 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 201145  
Nom & Prénom : MER MER LAHCEN  
Date de naissance :  
Adresse : ISSALIM IMESTOUSTE ANCIEN  
CD CASA  
Tél. : 06420117 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 24/03/2024  
Nom et prénom du malade : N. LAHCEN Age : 20 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Signature de l'adhérent(e) : E. M. 04 AVR. 2024  
Signature de l'adhérent(e) : E. M. 04 AVR. 2024



# RÉLEVÉ 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
27/03/24	Examen	1	2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CD Avenue Nil Bloc 26 INPE: 007105536000005 INPE: 092045947	27/03/24	98,70

# 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	
OPTIQUE RHOUNAÏM CHERKAOUI Meriem Opticien Optométriste Contactologue 119 Bis Av. Reda Gudira Cité Djemaa CASABLANCA	3-4-2024					2700

INPE: 095022406

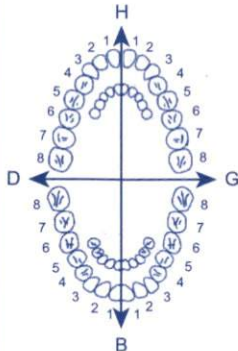
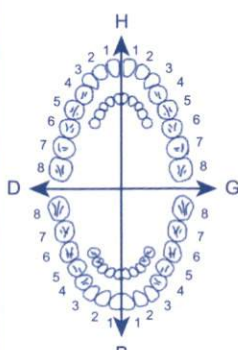
Opticien Optométriste Contactologue  
119 Bis Av. Reda Gudira Cité Djemaa

# RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien doit indiquer 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																						
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



# مركز طب وجراحة العيون بوركون

## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

### Enfants & Adultes

### للأطفال و الكبار

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Association américaine d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

**د. عبد اللطيف زكرياء**

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو الجمعية الأمريكية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

27 مارس 2024 شهادة جراحة الماء الزجاجي

طبيب القوات المسلحة الملكية

**Mr MERMER LAHCEN**

22.00

**SICCAPROTECT collyre**

1 GOUTTE A LA DEMANDE X 3 MOIS

70.70

**ZALERG collyre**

UNE GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR X 2 MOIS, dans les deux yeux

92.70

PHARMACIE OCIAZIA S.A.R.L.  
146-148 Avenue Nii Bloc 26  
CD Casablanca  
ICE : 003105536000005  
INPE : 092045947

Dr. ZAKARRYA Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE - ANGIO  
LASER - EXCIMER  
Rue Sultan Abdelhamid Rés. Zakarrya  
Bourgogne - Casablanca

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

شارع طانطان زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Bd Tantan, Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - Oeilvision.zakarrya351@gmail.com

FR

# Zalerg 0,25 mg/ml

## Collyre en solution

### Kétotifène

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interroger votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

#### **Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution et dans quel cas est-il utilisé ?
  2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution ?
  3. Comment utiliser ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution ?
  4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
  5. Comment conserver ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution ?
  6. Contenu de l'emballage et autres informations.
1. Qu'est-ce que ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique :  
Médicaments ophtalmologiques,  
autres anti-allergiques,  
Code ATC : S01GX08.

ZALERG est un collyre en solution, sans conservateur, contenant du kétotifène, une substance active anti-

Si vous trouvez que les effets de ZALERG sont trop forts ou trop faibles, ou si vous ressentez des effets indésirables inattendus, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous avez utilisé plus de ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution que vous n'auriez dû :**

Il n'y a pas de risques si vous avez avalé accidentellement quelques gouttes de ZALERG. De même, ne vous inquiétez pas si vous avez instillé accidentellement plus d'une goutte dans votre œil.

**Si vous oubliez d'utiliser ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution :**

Instillez une goutte dès que possible, puis revenez à la posologie normale. Assurez-vous que la goutte tombe bien dans l'œil. N'instillez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### **4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous souffrez d'allergies, y compris cutanée, gonflement des lèvres, de la gorge, qui rendent difficiles à respirer, si d'autres effets se produisent, de prendre ZALERG immédiatement et de contacter le service d'urgence le plus proche.

Les effets indésirables suivants ont été décrits :

#### **Fréquents**

**(affectant moins de 1 patient sur 10) :**

- irritation ou douleur oculaire,
- inflammation de l'œil.



Zalerg 0,25 mg/ml  
زالرغ 0,25 مغ/مل

COOPER PHARMA  
PPV: 70,70 DH



Lire attentivement la notice

# Siccaprotect® Collyre

Dexpanthénol et Alcool polyvinylique

## Présentation:

Collyre: Flacon compte-gouttes de 10 ml

## Composition:

Par ml

- |                        |       |
|------------------------|-------|
| - Dexpanthénol         | 30 mg |
| - Alcool polyvinylique | 14 mg |

## Excipients:

Phosphate monopotassique, phosphate dipotassique, eau pour préparations injectables.

## Excipient à effet notoire:

Chlorure de benzalkonium.

## Mode d'action:

Larme artificielle

## Indications:

Traitement symptomatique du dessèchement cornéen et conjonctival suite à des troubles de la sécrétion lacrymale dus soit à une affection topique ou systémique soit à une fermeture insuffisante de la paupière.

Humidification des lentilles de contact dures lors de l'utilisation.

## Contre-indications:

Hypersensibilité à l'un des composants.

## Précautions d'emploi:

Le collyre Siccaprotect® ne doit pas être appliqué lors du port de lentilles de contact souple (hydrophiles). Les lentilles de contact souples doivent être enlevées avant l'instillation du collyre Siccaprotect® et ne doivent être remises que 15 minutes plus tard.

## Posologie et mode d'administration:

Instiller 6 gouttes par jour dans le cul-de-sac conjonctival.

Le collyre Siccaprotect® est à instiller dans le cul-de-sac conjonctival. Pour cela incliner la tête légèrement en arrière, regarder vers le haut et éloigner la paupière inférieure de l'œil. Faire tomber une goutte dans le cul-de-sac conjonctival en appuyant légèrement sur le flacon. L'ouverture du flacon ne doit pas entrer en contact avec l'œil. Fermer doucement l'œil après l'instillation. Refermer le flacon immédiatement après usage.

## Conservation:

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.

A utiliser dans les 6 semaines après ouverture du flacon.

Bien refermer le flacon après usage.

Ne pas stocker à plus de 25°C.

L'information complète et détaillée sur ce médicament est à la disposition de votre médecin et de votre pharmacien.

**Ne pas laisser à la portée des enfants!**

## Date de révision:

Octobre 2015.

## Fabricant:

URSAPHARM Arzneimittel GmbH  
Industriestraße, 66129 Saarbrücken, Allemagne

## Exploitant:

Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf, Casablanca - MAROC  
Tel.: 0 02 12 22 97 20 89, Fax: 0 02 12 22 97 20 56  
Amine Tahiri. Pharmacien Responsable

**STERIPHARMA**

AMM :255/17 DMP/21/NRQ

**PPV : 22,00 DH**

Siccaprotect®  
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



# OPTIQUE RHOUNAÏM

119 Bis Av. Reda Gudira  
Djamâa - Casablanca  
Tél. : 05 22 59 63 27



## نظارات غونايم

119 مكرر شارع رضى اكديرة  
(النيل سابقا) قرية الجماعة - البيضاء  
الهاتف: 05 22 59 63 27

N° 007227

Client : MERMER LAHCEN

Date : 3 - 4 - 2024

Docteur : ABDELATIF. Z

Nomenclature N : 733 - 734

VL. OD : cyl sph (-2.50 - 1.75 + 0.75)

OG : cyl sph (-2.50 - 1.40)

VP. OD : cyl sph

OG : cyl sph 1.75 DDC + 3

Verres : Progressif = 2000 m

Monture : plastique = 700 m

TOTAL : deux mille sept cent 700 m

OPTIQUE RHOUNAÏM

CHERKAOUI Mariem  
Opticien Optométriste Contactologue  
119 Bis Av. Reda Gudira Cité Djemaa  
CASABLANCA



# مركز طب وجراحة العيون بوركون

## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Enfants & Adultes

للأطفال والكبار

### Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Association américaine d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

### د. عبد اللطيف زكرياء

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو الجمعية الأمريكية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

27 مارس 2024 شهادة جراحة الماء الزرقاء

طبيب القوات المسلحة الملكية

### Mr MERMER LAHCEN

Monture + verres correcteurs progressifs ANTIREFLETS, BLEUS ET PHOTOGRAY

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 0.50 à 115°)

OG = (- 0.25 à 140°)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

OPTIQUE RHOUNAIM  
CHERAKOUI Meriem  
Opticien Optométriste Contactologue  
119 Bis Av. Reda Goudira Cite Djemaa  
CASABLANCA

Dr. ZAKARRYA Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE  
LASER - EXCIMER - ANGIO  
Rue Sultan Abdelhamid Rés. ZAKARRYA  
Bourgogne - Casablanca  
05 22 95 01 22

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

شارع طانطان زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Bd Tantan, Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - Oeilvision.zakarrya351@gmail.com