

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

202897

Déclaration de Maladie

M24- 0013156

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 728 Société : P9

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO RAJAA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M24- 013156

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | | Montant des soins |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|----------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° P 14/0019253 | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | |
| | | |
| Cachet MUPRAS | | |

| | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 728 | Signature de l'adhérent |
| Nom & Prénom | | BENDOURO BAJAA | |
| Fonction | veuve | Phones | |
| Mail | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age | | Date | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| | | | |
| PHARMACIE | | Date | |
| Montant de la facture | | Total = 26.40 | |
| | | Signature et cachet du pharmacien | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | | |
| | | CACHET | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |
| | | CACHET | |

PHARMACIE L'ORCHIDÉE

ASWAK ASSALAM

Hay Riad - Rabat

Tél: 0537 71 63 81



صيدلية أوركيدي

أسواق السلام

حي الرياض الرباط

الهاتف: 0537 71 63 81

Facture N° 6924

Rabat, le 17/01/2024

Doit

Ordonnance du Dr: Du

ou Tobrex collyre 26.40 26.40

la present facture est
antérieure la somme de
vingt six mille
et quarante centimes

صيدلية أوركيدي
PHARMACIE L'ORCHIDÉE
أسواق السلام
حي الرياض الرباط
TEL : 0537 71 63 81

total 26.40
DT

230599 1
01 2023
26140
P V
ur
on

Veillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à 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 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 votre pharmacien. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que TOBREX 0,3 %, collyre en solution et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
3. Comment utiliser TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antibiotiques ophtalmiques - code ATC : S01AA12.

Ce médicament contient un antibiotique de la famille des aminosides : la tobramycine.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil dues à des bactéries pouvant être combattues par cet antibiotique : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne) et ulcères de la cornée.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?

N'utilisez jamais TOBREX 0,3 %, collyre en solution :

- si vous êtes allergique à la tobramycine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

Avertissements et précautions

Ce médicament est réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 1 an.

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser TOBREX 0,3 %, collyre en solution.

- Utilisez TOBREX 0,3 %, collyre en solution seulement en gouttes dans les yeux.
- Si vous présentez des réactions allergiques avec TOBREX 0,3 %, collyre en solution, arrêtez le traitement et consultez

votre médecin. Les réactions allergiques peuvent varier de démangeaisons localisées ou de rougeurs cutanées à des réactions allergiques graves (réaction anaphylactique). Ces réactions allergiques peuvent se produire avec d'autres antibiotiques topiques ou systémiques de la même famille (aminosides).

- Si vous prenez un autre traitement antibiotique, y compris par voie orale, en plus de TOBREX 0,3 %, collyre en solution, demandez conseil à votre médecin.

- Si vos symptômes s'aggravent ou réapparaissent de manière soudaine, consultez votre médecin. Vous pouvez devenir plus sensible aux infections oculaires.

- Si vous avez ou avez déjà eu des maladies telles que la myasthénie ou la maladie de Parkinson, demandez conseil à votre médecin. Les antibiotiques de ce type peuvent aggraver la faiblesse musculaire.

- Le port de lentilles de contact est déconseillé durant le traitement d'une infection oculaire.

- Ce médicament contient 0,01 g de chlorure de benzalkonium pour 100 ml de collyre. Le chlorure de benzalkonium peut être absorbé par les lentilles de contact souples et changer leur couleur. Retirez les lentilles de contact avant application et attendez au moins 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium peut également provoquer une irritation des yeux, surtout si vous souffrez de syndrome de l'œil sec ou de troubles de la cornée (cornée transparente à l'avant de l'œil). En cas de sensibilité anormale, de picotements ou de douleur dans les yeux après avoir utilisé ce médicament, contactez votre médecin.

- Le collyre ne doit pas être employé en injection intra-péri-oculaire.

- Ne pas toucher l'œil avec l'extrémité du flacon.

- Reboucher celui-ci soigneusement après usage.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Enfants et adolescents

TOBREX 0,3 %, collyre en solution peut être administré aux enfants âgés d'un an ou plus à la même dose que préconisée pour les adultes.

Autres médicaments et TOBREX 0,3 %, collyre en solution

Informez votre médecin ou pharmacien si vous utilisez récemment utilisé ou pourriez utiliser tout autre médicament.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous êtes enceinte ou planifiez une grossesse, si vous êtes enceinte ou planifiez une grossesse, informez votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser ce médicament. Lui seul pourra adapter votre traitement à votre état.

TOBREX 0,3 %, collyre en solution n'est pas recommandé pendant la grossesse en raison des risques d'utilisation de ce médicament par voie injectable.

TOBREX 0,3 %, collyre en solution est contre-indiqué pendant l'allaitement.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Vous pouvez présenter une vision trouble