

## 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° W19-598838

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3281

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ASSABBANE ABDELKRIM

Date de naissance :

14.12.1948

Adresse :

Tél. :

0661132564

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

09/03/2023

Nom et prénom du malade :

ASSABBANE ABDELKRIM

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

consultation ophtalmologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compléter 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 :

29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]





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
09/03/23	c.2		G	INP : 04 1 8 6 2 3 8 3 Tél: 0528882221 - Fax: 05288844378 Talboit - AGADIR m. Marhaba, Av. Chouk Saadi Ophtalmologue olesseu

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
10/3/12	205,10	

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

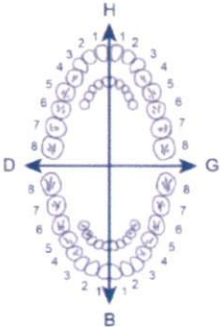
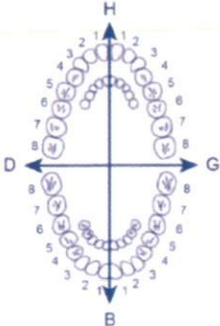
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>EXTRA OPTIC</b> MME NADA LEBBAR 115 BD GHANDI CASABLANCA INPE-093011003	20/03	2		PROC		5100,00
	20/03	4		matins		

# 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

Agadir, le jeudi 9 mars 2023

ASSABBANE Abdelkrim

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit :  $(90^{\circ} -0,50) + 1,50$  , Addition + 3,00

Oeil Gauche :  $(110^{\circ} -0,75) + 3,50$  , Addition + 3,00

ANTI-REFLET

+ monture

EXTRA OPTIC  
MME NADA LEBBAR  
115 BD GHANDI CASABLANCA  
INPE: 085011003

Professeur ZADNASS Abdellah  
Ophtalmologiste  
Imm. Marhaba, Agadir  
Talborjt - Agadir - Tél.: 05 28 84 83 00 - Fax: 05 28 84 43 78

## Facture



Facture N° :  
255  
Date :  
2023-03-20  
Client :  
ASSABANE  
ABDELKRIM

SOCIETE EXTRA  
OPTIC  
115, Bd Ghandi  
Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.50	-0.50	90	+3.00
VLVPG	+3.50	-0.75	110	+3.00

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ESSILOR VARILUX PHYSIO PREVENCIA 1.6	1	2250.00	2250.00
2	ESSILOR VARILUX PHYSIO PREVENCIA 1.6	1	2250.00	2250.00
3	monture optique	1	600.00	600.00

TVA	20%	Total TVA	850.00
Total HT	4250.00	Net à payer	5100.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

cinq mille cent Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE EXTRA OPTIC – 115, Bd Ghandi – 0522 233348 / 0680797471 – extraoptic@pubwebo.com  
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC  
MME NADA LEBBAR  
115 BD GHANDI CASABLANCA  
INPE: 095011003



Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

Agadir, le vendredi 10 mars 2023

ASSABBANE Abdelkrim

147,5

- THEALOSE COLLYRE

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

58,5

- INDOCOLLYRE (fl.) 0.1 % (Indométacine)

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

205,5

PHARMACIE BORJ TADDART  
45, Imm. 14 Programme Tiguenti  
Avenue des FAR - AGADIR  
Tél: 05 28 82 32 13  
ICE: 001696902000044

Professeur ZADNASS Abdellah  
Ophtalmologue  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi  
Talborjt - AGADIR  
Tél: 05 28 82 22 21 - Fax: 05 28 84 43 78

PPV : 58,00 D.H.S

6118001270088



AMM N°155/19/DM/P/21/N/RQDNM

ZENITH PHARMA

Collyre 5ml

INDOCOLLYRE 0.1%

○ LOT/عشيرة

FAB/مصنع

EXP/تاريخ الانتهاء

08-2023

01-2022

H8041

# INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice intérieure  
Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C.  
Ne pas conserver au-delà de 15 jours après ouverture du flacon.  
NE PAS INJECTER / NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS  
Liste I / قائمة

**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

**كن حذرا**  
تجنب القيادة قبل  
قراءة النشرة

**NIVEAU 1**

**NE PAS AVALER**  
لا يبتلع

## حالات الاستعمال، المقادير، التحذير

أنظر النشرة داخل العلبة

يجب حفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25 °م.  
لا يجوز الاحتفاظ به أكثر من 15 يوم بعد فتح القارورة.  
لا تحتكّن / لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

INDOCOLLYRE® est une marque déposée de  
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.  
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated, ou de ses filiales.  
أو Bausch & Lomb Incorporated 2020 ©  
الشركات التابعة لها.

بون

10 مل

بعض العين

محلول العين

0,15 %

هياالورونات

تريالوز 3 %

تيلو

Théa CE 0459

VR2762C10M48/0919

MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DM/20/DM  
PPC : 147,00 DH



Date de première ouverture  
تاريخ أول فتح

STERILE A



25°C