

## 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° W21-724759

159590

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12546

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : El FAIZ Mohammed

Date de naissance : 02 Novembre 1986

Adresse : 256 Bd Ibnouhima Hay El Hanae Casablanca

Tél. : 0661636737

Total des frais engagés : 678,4

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : El FAIZ Ned Ali

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casa

Le : 22/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation UNDP 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
22.03.2023	C	3	300 DH	INP : 09ML86989

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.3.2023	273,70
	05/04/23	104,70

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.																		
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			COEFFICIENT 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</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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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

# Professeur N. LAOUISSI

# الأستاذة لعويصي . ن

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté des Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aero spatiale

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي  
جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le :

22-3-2023

EL FAI 2 Deal Ali  
PHARMACIE CENTRALE ANFA  
Dr. N. LAOUISSI  
141, Bis Boulevard Abd  
Hay El Hana - Casablanca  
Tél : 05 22 36 87 62

99.00  
SV  
- pharynx

SV  
- larynx

84.00  
- Nasobak Cerve

90.70  
SV  
- 186 x 21 x 7  
- 186 x 21 x 7  
- 186 x 21 x 7

273.70

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUÏ



6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Ophtalmique 1 mg/ml collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ  
PPV : 90,70 DHS 407253 MA

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15





جمجوم فارما  
Jamjoom Pharma

**Icomb®**

( Tobramycine, Dexaméthasone )

SUSPENSION OPHTHALMIQUE STÉRILE

b

bottu

5 ml

ايكومب®  
Icomb®

Lot:

Fab:

Exp:

PPV: 30 DH 30



Ophthalmics

Chaque ml contient :

Tobramycine 3,0 mg, Dexaméthasone 1,0 mg

Excipients à effet notoire : Chlorure de Benzalkonium

Bien agiter avant usage. Voie oculaire.

A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Lire attentivement la notice jointe.

Un produit fabriqué par Jamjoom Pharmaceuticals Co.,  
Jeddah, Arabie Saoudite

AMM N°: 520/17DMP/21/NRQ

b

bottu

82, Allée des Caennaises - Air Salée - Caennaises - Maroc  
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

جمجوم فارما  
Jamjoom Pharma



**ايكومب®**

(توبراميسين ، ديكساميثازون)

معلق معقم للعين

b

بوتلي 5 مل

5 مل

Ne pas hésiter - respecter les doses prescrites  
عدم التردد - لا تتجاوز للتغذية المحددة

جدول أ (لائحة I) (Tableau A)



82 برافايناسين - عين الصبي - الدار البيضاء - المغرب  
من البوتلي - صيدلي مسؤول

b

كل 1 مل يحتوي علي : 3,0 ملغ توبراميسين ، 1,0 ملغ ديكساميثازون -

سواغات ذات مفعول معلوم : كلورور البينزالكونيوم .

رج العودة جيداً قبل الإستعمال . عن طريق العين .

يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30° م .

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال .

يتلف الدواء بعد 4 أسابيع من فتح الغطاء . إقرأ النشرة الداخلية .

إنتاج : شركة مصنع جمجوم للأدوية .

جدة ، المملكة العربية السعودية .

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de contact  
Chirurgie Réfractive  
Aero spatiale



**Sterdex®**  
12 récipients unidoses



# الأستاذة لعويصي . ن

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le : 5-4-23

EL FAI 2 نه ALI

30,30

- Icms Cam

Aghe xulj x15j

26,40

- ster-dea pde

48,00 pom lesn x15j

hustaurm ring

tece 1j lesn x10

104,70

Dr. LAOUISSI Nana  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15