

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-648458

161598

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1805 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Sghaier Abdellah
 Date de naissance : 1936
 Adresse : Hab. Fath
 Tél. : 0661564793 Total des frais engagés : 127,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11 MAI 2023
 Nom et prénom du malade : BAUSAMIA Zahra
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affective
 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 : 12/5/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
2023			gall	Dr BENJELLOUN Spécialiste d'Ophtalmologie Maladies et Chirurgie des Yeux 02.Bd Zerkouni 2° Etage Casa Tél: 7772000 P 0853846

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 N° : 062095286	11/05/2023	127,35

NPE: 062095286

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

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitements																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	<hr/>																				
	D	G																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	B																				
	[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>		MONTANTS DES SOINS																		
		DATE DU DEVIS																			
		DATE DE L'EXECUTION																			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'R' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	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

Docteur BENJELLOUN Mohamed Fayçal
Medecin Spécialiste en Ophtalmologie

Pathologie vitréo-rétinienne

102, Bd Zerktouni - Casablanca

Tramway : Station Av Hassan II

E-mail : drbenjefay@hotmail.fr



الدكتور محمد فيصل بنجلون
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
أمراض وجراحة الشبكة

Tél.: 05 22 27 82 00 - 05 22 22 19 64

Fax : 05 22 27 06 71

Urgences : 06 53 38 63 46

11 Mai 2023

Casablanca le

Mme Zoubida BENSALMIA

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA
06 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20,80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

1/ Idroflog ou Pure collyre :

1 goutte 4 fois par jour et au besoin sans limites et sans arrêt
aux deux yeux

2/ Frakidex pommade :

1 application par jour le soir pendant 5 jours OG seul

3/ Lefox collyre :

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours aux deux yeux

4/ Physiiodose collyre :

Lavage avant Lefox et le matin

PPV : 58,60 Dhs

Dr BENJELLOUN Mohamed Fayçal
Spécialiste en Ophtalmologie
Chirurgie des Yeux
M. 102, Bd Zerktouni - 2^e Etage Casablanca
Tél : 05 22 27 82 00 - 05 22 22 19 64
Fax : 05 22 27 06 71
Urgences : 06 53 38 63 46



تنظيف العينين

يستخدم المحلول الملحي فيزيودوز لتنظيف العين أو غسلها أو تطهيرها عن طريق التقطير ويمكن استعماله يوميا لهذه الغاية عن طريق غسل العين مرة واحدة إلى ست مرات في اليوم بحسب الحاجة.

كيفية الاستعمال:

ضع بعض القطرات من المحلول في كل عين واحرص على ألا تلمس القارورة سطح العين. امسح الفائض من السائل بواسطة ضمادة.

احتياطات الاستعمال:

في حالة العلاج بقطرات العين، انتظر 15 دقيقة قبل تقطيرها.

تنظيف الأذنين

عن طريق الغسل. لضمان تنظيف تام للأذنين، استعمال المحلول الملحي فيزيودوز من أجل خراج رواسب الصمغ الذاتية واغسل الصمغ الخارجي بعد استعمال محلول فاعل في التوتر السطحي للأذن.

كيفية الاستعمال:

اغسل الصمغ الشفوي الخارجي بواسطة المحلول الملحي فيزيودوز. استعمال جرعة واحدة للأذنين معا. امسح الفائض من السائل بواسطة ضمادة.

تحذيرات:

لا يوصى باستعمال هذا الجهاز الطبي لتنظيف الأذن في حالة طيلات مثقوبة أو عمليات جراحية سابقة على الأذن أو التهابات مزمنة في الأذن أو يجب أن بشكل موضوع استشارة مسيقة من لدن الطبيب أو الصيدلي.

لتطهير الجروح

كيفية الاستعمال:

اغسل الجرح باستعمال محتوى القارورة كله مع الحرص على ألا تلمس القارورة الجرح.

احتياطات الاستعمال:

امسح الفائض من السائل على الجلد السليم فقط.

تحذيرات

لا تستعمل نفس محتوى القارورة لاستخدامات مختلفة. للاستعمال الخارجي. لا يحقن ولا يبلع. تستخدم القارورة مرة واحدة. لا تستخدم القارورة الأحادية الجرعة إذا كانت مفتوحة أو متضررة بالنظر إلى خطر وقوع تلوث جرثومي سريع.

إذا استمرت الأعراض أو تفاقم، استشر الطبيب. يرجى التبليغ عن كل حادث خطير يقع بعلاقة مع هذا الجهاز إلى مختبرات جيلبير- الموقع على الانترنت: WWW.LABOGILBERT.FR أولى الهيئة الوطنية المختصة. يحفظ بعيدا عن متناول وعيون الأطفال.

شروط المحافظة على المحلول

يجب ألا يستخدم المحلول بعد التاريخ المحدد المبين على القارورة الأحادية الجرعة. يحفظ في درجة حرارة تقل عن 30 درجة مئوية.



الأنف -
العينين - الأذنين
Nose - Eyes - Ears / Nez - Yeux - Oreilles



المرجع
Item no. / Référence



0459

السنة : 1998 / Year / Année



Laboratoires GILBERT, 928, avenue du Général de Gaulle
- 14200 Hérouville Saint-Clair - France

IG 246845 - Cj - 04/2022

sérum physiologique peut être utilisé quotidiennement pour l'hygiène oculaire, à raison d'1 à 6 lavages par jour, en fonction des besoins.

Mode d'emploi :

Déposer quelques gouttes de solution dans chaque œil, en prenant garde de ne pas mettre en contact l'unidose avec la surface de l'œil. Essuyer l'excédent de liquide avec une compresse.

Précautions d'emploi :

En cas de traitement par un collyre, attendre 15 minutes avant son instillation.

POUR L'HYGIÈNE DES OREILLES

En rinçage. Pour une parfaite hygiène auriculaire, utiliser **Physiodose sérum physiologique** pour entraîner les dépôts solubilisés de cérumen et rincer le conduit auditif externe après utilisation d'une solution tensio-active auriculaire.

Mode d'emploi :

Rincer le conduit auditif externe avec **Physiodose sérum physiologique**. Utiliser 1 dose pour les 2 oreilles. Essuyer l'excédent de liquide avec une compresse.

Mises en garde :

L'utilisation auriculaire de ce dispositif médical en cas de tympons perforés, d'antécédents de chirurgie de l'oreille ou d'affections chroniques de l'oreille est déconseillée ou doit faire l'objet d'un conseil préalable de votre médecin ou de votre pharmacien.

POUR LE LAVAGE DES PLAIES

Mode d'emploi :

Rincer la plaie en utilisant la dose complète et en prenant garde de ne pas mettre en contact l'unidose avec la plaie.

Précautions d'emploi :

Essuyer l'excédent de liquide uniquement sur la peau saine.



Physiodose saline solution can be used daily for ocular hygiene at a frequency of 1 to 6 washings per day, depending on the needs.

Instructions for use :

Pour a few drops of solution into each eye, taking care not to touch the surface of the eye with the vial. Wipe away excess liquid with a gauze.

Precautions for use :

Wait 15 minutes before using any other eye treatment product.

FOR EAR HYGIENE

By rinsing. For perfect ear hygiene, use **Physiodose saline solution** to flush out solubilised earwax deposits and rinse the external auditory canal after using a surfactant auricular solution.

Instructions for use :

Rinse the external auditory canal with **Physiodose saline solution**. Use 1 vial of the product for both ears. Wipe away the surplus liquid with a gauze pad.

Warning :

Ear use of this medical device in cases of perforated eardrums, a history of ear surgery or chronic ear conditions is not recommended or should be advised in advance by your doctor or pharmacist.

FOR CLEANSING WOUNDS

Instructions for use :

Rinse the wound, using the entire contents of one vial and taking care not to touch the wound with the vial.

Precautions for use :

Wipe away the excess liquid from the unaffected area only.

WARNING

Do not use the same single-dose for the different uses. EXTERNAL USE. DO NOT INJECT. DO NOT SWALLOW. SINGLE USE.

Do not use a single dose that has already been opened or damaged because of the risk of rapid bacterial contamination.

If the symptoms persist or worsen, consult your doctor. Please return any major incident involving with this device to Laboratoires Gilbert - website: www.labogilbert.fr and/or the national Competent Authority. KEEP OUT OF SIGHT AND REACH OF CHILDREN.

STORAGE CONDITIONS

Do not exceed the expiry date indicated on the single dose. Store at a temperature below 30°C.

Physiodose

ZENITH Pharma
PPC : 47,75 DH

ne unidose pour les différentes utilisations.
S INJECTER. NE PAS AVALER. USAGE UNIQUE. Ne pas
à ouverte ou endommagée au vu du risque de rapide
enne. Si les symptômes persistent ou s'accroissent,
lin. Veuillez rapporter tout incident grave survenu
tif aux Laboratoires Gilbert - site internet : www.laboratoiresgilbert.fr
Autorité Compétente nationale. TENIR HORS DE LA
DES ENFANTS.

CONSERVATION

ne limite d'utilisation indiquée sur l'unidose. Conserver
férieure à 30°C.