

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 canalaires, 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 canalaires.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-798967

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <i>RAM</i>	
Matricule : <i>84.95</i>	Nom & Prénom : <i>ESSA CHI</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>ESSA CHI MOKHTAR</i>
Date de naissance : <i>14 MAIS 1965</i>		Adresse : <i>ROYAL AIR MAROC - RAM</i>	
Tél. : <i>0665 238596</i>		Total des frais engagés : <i>9955</i>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	<i>DR. DR. MOKHTAR ESSA CHI</i>		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	<i>ESSA CHI MOKHTAR</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Affection</i>		
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'adjudication de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Le 05/10/2013* Le : *05/10/2013*

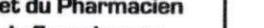
Signature de l'adhérent(e) : *ESSA CHI*

VOLET ADHÉRENT	N° W21-798967
Déclaration de maladie	Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

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
05.05 2023	cst		25000	INP - Hôpital Sainte-Justine Dr. [Signature] ORTHOPÉDIQUE ORTHOPÉDIQUE ORTHOPÉDIQUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Moustawsaf Bettana Tél : 05 37 80 24 40 GSM : 06 44 49 85 40 14, Rue Dabbala, Bettana - Sfax Ref : 102061678	05.05.23	205.15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15 Mai 2022		Chontine + Verns		1200	MH 1200

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ



Nabil Zahri

Opticien Optométriste
Spécialiste en
Lentilles De Contacte

Salé, le

05 Mai 2023

Facture

009699

M. ESSALHI
MARWA

Dr.

1050 INP
10672

VISION LOIN

OD : Sph 0.75 Cyl -1.00 Axe 175°
OG : Sph -1.00 Cyl -0.75 Axe 7°

VISION PRES

Add ,
Add ,

Désignation

Prix

Monture : Plastique
Verres : organique ANTIREFLÈT
Lentilles :

5.00 014
7.00 014

Observation :

Cachet - Signature :

TOTAL

12.00 014



MONTANT (en lettres)

Quatre deux cent
dix-hams

05 Mai 2023

Mag. N° 3, Rés. El Ghazouani. Av. Médiouna, 11000, Bettana, - Salé - Tél. : 06 61 33 00 03
ICE : 000416462000057 - R.C : 29702 - Patente : 28801524 - I.F : 36226420
E-mail : okovision@hotmail.fr

Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la Cataracte (phaco)

Angio-Laser , OCT, IVT

Ophtalmologie Pédiatrique



د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بباريس وباريس
طبيب سابق بمستشفى الأخصاصات بباريس

أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلاة (الفاكتو)

التصوير بالأشعة و الليزر

طب عيون الأطفال

05 mai 2023

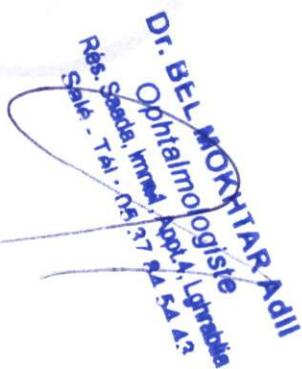
Mme ESSALHI MARWA

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = - 0.75 (- 1.00 à 175°)

OG = - 1.00 (- 0.75 à 7°)



Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la Cataracte (phaco)

Angio-Laser , OCT, IVT

Ophtalmologie Pédiatrique



د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بالرباط وباريس
طبيب سابق بمستوى الاختصاصات بالرباط

أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة (الفاكتور)

التصوير بالأشعة و الليزر

طب عيون الأطفال

Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, imm1 Appt4 Lghrablia
Salé - Tel : 05 37 84 43 43

05 mai 2023

Mme ESSALHI MARWA

54.10

LARMABAK 90 MG FLACON 10 ML

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

ZALERG COLLYRE

1gtte*2/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

75.70 X2

205.50

Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, imm1 Appt4 Lghrablia
Salé - Tel : 05 37 84 43 43

Pharmacie Moustawsaf Bettana
* Tél : 05 37 80 34 46
* GSM : 06 44 49 66 16
* N°4 Rue Doukkala, Bettana - Salé

4202 80
2202 60
0422

Lot / Fab / EXP

E423C10MCO/0920



Larmabak®

0,9 %
Collyre

Chlorure de sodium

Boîte de 1 flacon de 10 ml

لامباڭ، %0,9

~~محلول قطرات للعين
كلوريد الصوديوم~~

علبة تحتوي على قارورة 10 مل

Sans conservateur

دون مادة حافظة



Date de première ouverture / تاريخ فتح الفارورة لأول مرة

Posologie : المقاييس

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPI : 54.10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - A1, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amine DADOUR

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable :
Mme Amina DAOUDI طرف:
ن زعما

41 زفقة محمد نوري، 20110
الدار البيضاء المغرب
لصيادي المسؤول: أمينة الداودي

BRUNNEN
BUREAU DE L'ANNÉE FRANÇAISE
PARIS : EDITIONS BUCHER
1970

Zalerg 0,25 mg/ml
الراغ 0,25 مغ/مل

11 12 1
10 22 2
9 8 3
8 6 5
7 4

Date de première ouverture
تاريخ الفتح لأول مرة



الراغ 0,25 مغ/مل

(AR) محلول قطرات للعين

قارورة ذات 5 مل

(على الأقل 150 قطرة)

التركيبة:

كيروتيفين: 0.25 مغ

في تشكيل هيدروجينو

فومارات كيروتيفين: 0.345 مغ

بالنسبة للمليار الواحد.

قائمة المواognات:

غليسول - هيدروكسيد الصوديوم (تعديل

pH) - ماء المستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين.

اطلع على النشرة قبل الاستعمال.

يترك بعيداً عن رؤية وتناول الأطفال.

مدة الصلاحية بعد أول فتح: 3 أشهر

المنتج:

فارميلا - تينا فارماستوتيكي س. ب. أ.

في أنزيسكو فيرمي، 50

20019 ستيروميانز - ايطاليا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يبتلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE II - Uniquement sur ordonnance

قائمة 2 - إلا بوصفة طبية

(MA) رقم التسجيل بالمغرب: 249/2020 DMP/21/NRQd

Sans conservateur
بدون مادة حافظة

EXP 10/2024

FAB 10/2022

LOT 216232

Fust. 1449

2

63017 - 12 شارع الحسن الثاني
الدار البيضاء - المغرب
T2, rue Louis Blériot - 63017 CLERMONT-FERRAND

Tel: +212 525 63017
Tél: +212 525 63017
Tél: +212 525 63017
Tél: +212 525 63017

Titulaire : LABORATOIRES THÉA

Cedex 2 - FRANCE

12, rue Louis Blériot - 63017 CLERMONT-FERRAND

Titulaire : LABORATOIRES THÉA

Zalerg 0,25 mg/ml
زالرغ 0,25 مغ/مل

11 1 2
10 21
9 8 4
8 7 5
7 6 3

Date de première ouverture
تاريخ الفتح لأول مرة



زالرغ 0,25 مغ/مل

محلول قطرات للعين (AR)

فارورة ذات 5 مل

(على الأقل 150 قطرة)

التركيبة:

كيتوتيفين: 0.25..... مع

في شكل هيدروجينو

فومارات كيتوتيفين: 0.345..... مع

بالنسبة للمليلتر الواحد.

قائمة الملوثات:

غليسروول - هيدروكسيد الصوديوم (تعديل

pH) - ماء المستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين.

إطلاع على النشرة قبل الاستعمال.

يترك بعيداً عن رؤية وتناول الأطفال.

مدة الصلاحية بعد أول فتح: 3 أشهر

المنتج:

فارميلا - تينا فارموستيكي س. ب. أ.

في أنزاك فيرمي، 50

20019 سيموميلانيز - إيطاليا

Zalerg®
0,25 mg/ml
Collyre en solution
Kétotifène
5 ml

زالرغ

0,25 مغ/مل

محلول قطرات للعين

كيتوتيفين

5 مل

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يضع - لا يعطى

احترم الجرعات الموصوفة

LISTE II - Uniquement sur ordonnance

قائمة 2 - لا بوصفة طبية

رقم التسجيل بالمغرب (MA)
249/2020 DMP/21/NRQdHEA

Sans conservateur
دون مادة حافظة

EXP 04/2024

FAB 05/2022

LOT 216214

Fust. 1449

12

رقم التسجيل بالمغرب (MA)
249/2020 DMP/21/NRQdHEA

Cedex 2 - FRANCE
12, rue Louis Blériot - 63017 CLERMONT-FERRAND

Téléphone : LABORATOIRES THEA