

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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 20040 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-785700

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RAH

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ESSALHI MOUJIB

Nom & Prénom : 14 Mars 1965

Date de naissance : 14 Mars 1965

Adresse : AESSALHI @ ROYAL AIR MAROC.COM

Tél : 0665 238196 Total des frais engagés : 111,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LOUISSAL Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

En cas d'accident précisez 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 : 05/05/2023 Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-785700

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 :

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
05.05.23	CT		25001	INP : 1181803
05.05.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Moustawsaf Bettana Tél : 05 37 80 54 40 GSM : 06 44 49 66 16 4, Rue Doukkala, Bettana - Sfax	05.05.23	261.80

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	

VOLET ADHERENT

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

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'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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 بمستشفى الاختصاصات بالرباط

أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون
جراحة الجلالة (الفاكو)
التصوير بالأشعة و الليزر
طب عيون الأطفال

05 mai 2023

Mme HAJI OUISSAL

Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, imm1 Appt4, Lghrablia
Salé - Tél : 05 37 84 54 43

75,70

ZALERG COLLYRE

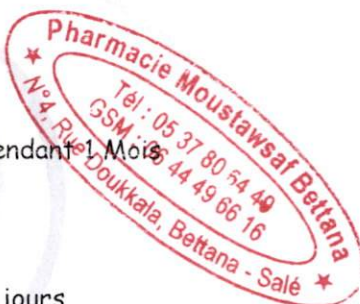
1gtte*2/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

109,00
HYE: COLLYRE

1 goutte 4 à 6 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

77,10
DEXAFREE: UNIDOSES

1 gouttes x 3 / j, dans les deux yeux, pendant 8 jours



261,80

Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, imm1 Appt4, Lghrablia
Salé - Tél : 05 37 84 54 43



Hye

Lubricating ophthalmic solution
Sodium Hyaluronate 0.4%

Solution ophtalmique
lubrifiante à base de
Hyaluronate de Sodium 0.4%



Hye

Lubricating ophthalmic
solution
Sodium Hyaluronate 0.4%

Solution ophtalmique
lubrifiante à base de
**Hyaluronate de Sodium
0.4%**



10 ml
bottle
Flacon de
10 ml



Hye

Lubricating ophthalmic solution
Sodium Hyaluronate 0.4%

Solution ophtalmique
lubrifiante à base de
Hyaluronate de Sodium 0.4%

Composition: Sodium hyaluronate
(0.4% w/v), dibasic sodium
phosphate, monobasic sodium
phosphate, sodium chloride,
benzalkonium chloride, sodium
edetate, water for injections.

Composition: Sodium hyaluronate de
sodium (0.4% p/v), phosphate de
sodium dibasique, phosphate de
sodium monobasique, chlorure
de sodium, chlorure de
benzalkonium, edétate de
sodium, eau pour préparations
injectables.

MEDICAL DEVICE

N°Certificat d'Enregistrement
au Ministère de la Santé:

15875/2021/1832-
2022/DM/DPS/DMP/18



FARMIGEAT S.p.A.
Via G.B. Oliva, 6/8
56121 PISA, Italy/Italie



8 032668 870147

STERILE A

CE 0546



Importateur/Distributor:
B2S Health Services, 9, Avenue
Mohamed Belhassan El Ouazzani –
Centre Commercial
Dar Essalam-Souissi – Rabat



15

LOT



0 0 0 0 1 2 3
2 0 2 5 0 1

PPC 109,00 DH



Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose
Phosphate de dexaméthasone

Boîte de **30** récipients unidoses de 0,4 ml

ديكسافري
1 ملغ/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة
فوسفات الديكساميثازون

علبة **30** وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل

Sans conservateur

بدون مواد حافظة

Théa



2R66
05 2022
05 2025

Lot / Fab / EXP :

26088003



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Zalerg 0,25 mg/ml
زالرغ 0,25 مغ/مل



Zalerg®

0,25 mg/ml

Collyre en solution

Kétotifène

5 ml

زالرغ®

0,25 مغ/مل

محلول قطرات للعين

كيتوتيفين

5 مل

Sans

conservateur

بدون مادة حافظة

11 12 1
10 IDG 2
22 3
7 6 5 4

زالرغ 0,25 مغ/مل

محلول قطرات للعين

قارورة ذات 5 مل

(على الأقل 150 قطرة)

التركيبية:

كيتوتيفين: 0,25 مغ

في شكل هيدروجينو

فومارات كيتوتيفين: 0,345 مغ

بالنسبة للمليفلتر الواحد.

قائمة المضافات:

غليسول - هيدروكسيد الصوديوم (تعديل

pH) - ماء للمستحضرات القابلة للحن.

عن طريق العين

إطلع على النشرة قبل الاستعمال.

يترك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال.

مدة الصلاحية بعد أول فتح: 3 أشهر

المنتج:

فارميا - تيفا فارموسوتيكي س. ب. أ

فيا أنريكو فيرمي، 50

20019 ستموميلانيز - إيطاليا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يبلع - لا يحقن

احترم الجرعات الموصوفة

LISTE II - Uniquement sur ordonnance

قائمة 2 - إلا بوصفة طبية

رقم التسجيل بالمغرب 249/2020 DMP/21/NRQd

Fust. 1449

15

Date de première ouverture
تاريخ الفتح لأول مرة



6118001102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - 175/25 DH

Distribué par COOPES PHARMA - 41, rue Mohamed Diour,
Casablanca - Pharmacien Responsable: Ahma DAOUDI

Lot 216252
Fab 02/2023
EXP 01/2025

Titulaire: LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blénot - 63017 CLERMONT-FERRAND
Codex 2 - FRANCE
2563017 كلاسيمون فون
12 رقم
تلفون: 0212
مخبر: تيفا
توزيع: تيفا
توزيع: تيفا
توزيع: تيفا

