

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

- 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 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-807431

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10704 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-807431

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1595126


A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : GHALMI ILHAM
Matricule : 10704 Fonction CHEF DE CABINET Poste :
Adresse : CASABLANCA
Tél. : 0661420595 Signature Adhérent :


A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : GHALMI ILHAM Age 48 | 11 | 74
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : vi. ca de résection
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 10/05/2023 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

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 |
|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10.05.23 | cs | | 300,00 |  MAZZOUZ Hanane OPHTALMOLOGISTE 511 Rd Al Oued - Casablanca Tél : 05 22 57 25 26 |
| | examen fond de l'œil | | 100,00 | |
| | I.T. el | | 400,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  Pharmacie 10/05/2023 | 10/05/2023 | 350,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

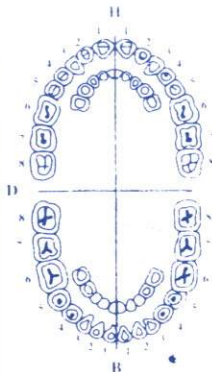
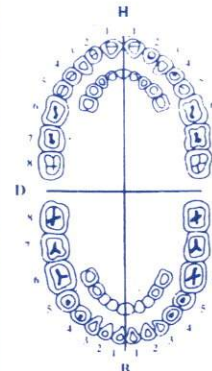
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien - CASA Opticien-Optométriste Centre Commercial Marjane Californie - Casablanca Tél/Fax: 05 21 50 02 20 ICE: 001714797000036 | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 12/05/23 | | | | | 56500H |

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|------------|------------|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANT 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</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 | D 00000000 | G 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D 00000000 | G 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANT DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

CHRONOVISIO - CASA

Centre Commercial Marjane
Californie - Casablanca
Tél. & Fax : 05 22 50 02 20

Facture N° 1001587

Nom : Mr Ghalmi

Prénom : Ilham

Casablanca, le: 12/05/2023

| Quantité | Désignation | P.U. T.T.C | Montant T.T.C |
|--|--|------------|---------------|
| | - une Montre optique à verres progressifs antiréflex | 1 | 1050 |
| | oc. (-0.25 à 57°) pc | 1 | 2300 |
| | oc. (-0.50 à 115°) +0.50 | 1 | 2300 |
| | Add: +1.75 | | |
| <p>CHRONOVISIO - CASA Opticien-Optométriste Centre Commercial Marjane Californie - Casablanca Tél/Fax: 05 22 50 02 20 ICE: 001714797000036</p> | | | |

Dont T.V.A 20% : 241,67

Règlement par : payé

Total T.T.C 5650

La présente facture est arrêtée à la somme de : Cinq Mille six cent cinquante dinars

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز طب وجراحة العيون

(القدس كاليفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

(اختصاصية في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو
العدسات الصلبة واللينة
جراحة مجاري الدمع
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

Date : 10 - 04 - 2023

Note d'honoraires

Patient (e) : *Gharni - P H am*

Examen réalisés et honoraires correspondants :

Examen ophtalmologique : 300,00 Dh (Trois cents dirhams)

Examen du fond de l'oeil : 100,00 Dh (Cents dirhams)

Total réglé : 400,00 Dh (Quatre cents dirhams)

Dr MAZZOUZ Hanane
OPHTALMOLOGISTE
511 Bd Al Qods - Casablanca
Tél : 05 22 52 25 26

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



دبلوم جراحة الجلالة و الليزر
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو
العدسات الصلبة والليننة
جراحة مجاري الدمع
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le mercredi 10 mai 2023

Madame GHALMI Ilham

7500
7570
13500
6500
350,70
dans les 2` yeux

- ISOTEARs Sérum physiologique unidose :
Lavage oculaire le matin à midi le soir 8` jours
- ZALERG : collyre
1 goutte 4 fois par jour 1 mois
- EOL DUAL : 1 goutte 4 fois par jour 1 mois.
- VIGAMOX
1 goutte 5 fois par jour 8` jours.



Dr MAZZOUZ Hanane
OPHTALMOLOGISTE
511 Bd Al Qods - Casablanca
Tél: 05 22 52 25 26

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

 NOVARTIS

NOTICE : INFORMATION DE L'UTIL

Vigamox® 5 mg/ ml. Collyr

Flacon compte-gouttes de 5 ml

Moxifloxacin



Vigamox® 5 mg/ml

Collyre en solution, Flacon de 5 ml

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

AMM N° 582/18 OMP/21/NTD

PPV : 65,00 DHS

© 2015 Novartis

449781 MA

Non remboursable AMO

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **Vigamox** et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **Vigamox** ?
- 3- Comment utiliser **Vigamox** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **Vigamox** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1

QU'EST-CE QUE VIGAMOX ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le collyre Vigamox contient le principe actif moxifloxacin, un antibiotique de la classe des fluoroquinolones efficace contre de nombreuses bactéries susceptibles de provoquer des infections de l'œil. Les infections bactériennes de

l'œil peuvent toucher la conjonctive, les voies lacrymales, la cornée ou les paupières. Le collyre Vigamox est indiqué pour le traitement de ces infections oculaires bactériennes et doit être utilisé uniquement sur ordonnance du médecin.

2

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER VIGAMOX ?

ne pas porter de lentilles de contact

Eole
duat

Hyaluronate de sodium 0,2%
Hypromellose 0,2%

Sécheresse oculaire
modérée à sévère

Hydratation
Intense et
Durable



Sans conservateur
Sans phosphates

10 ml

Gouttes oculaires



PPC: 135,00

LOT

E03 22

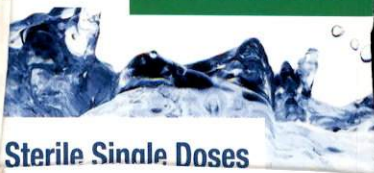
12/2025



ears

saline solution
sterilized - Neutral pH

Preservatives free



Sterile Single Doses



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

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



PPC: 75,00

200580