

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10204		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT

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 : \_\_\_\_\_

# 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)
CNPSPY	= 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 du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC	= Acte de pratique médicale courant 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 kinésithérapeute
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 remis 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

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 CABINE Poste :

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0661420595 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Gh. A.P.M. I.P.H. am Age 18 11 74

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : vise de réfraction

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



## **RELEVE 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	CE		300,00	
	examen fond de l'œil	1	100,00	
	T.G.I. sf.		600,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CHRUNOVISION - CASA Opticien-Optométriste Centre Commercial Marjane Casablanca Tél/Fax: 05 22 50 02 20 M: 00714 97000036	12.10.2023	Montant HKD				56509

## 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.

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° 001587

Nom : Hass Ghulmi

Prénom : ILham

Casablanca, le: 12/05/2023

Quantité	Désignation	P.U. T.T.C.	Montant T.T.C.
	- Une Monture ophée	1	1050
	2 verres progressifs anti-reflets		
	o.D. (-0,62 a 57°) p.e.	1	2300
	o.G. (-0,50 a 115°) +050	1	2300
	Addi. +1,75		
	CHRONOVISION - CASA Opticien-Optométriste Centre Commercial Marjane Californie - Casablanca Tél/Fax: 05 22 50 02 20 ICE: 00114797000036		

Dont T.V.A 20% : 947,67

Total T.T.C.

5650

Réglément par : puyt

La présente facture est arrêtée à la somme de : Cinq Mille six cent cinquante  
dix-huit

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



Date : ١٠ - ٥ - ٢٠٢٣

Note d'honoraires

Patient (e) : Ghanem El Hammam

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<sup>nd</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 00164931700074 - 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



(خاصة في أمراض وجراحة العين)

دبلوم جراحة الجلاة والبيزز  
وتقسيم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو  
العدسات الصلبة واللينة  
جراحة مجازي الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le mercredi 10 mai 2023

Madame GHALMI Ilham

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  
OPHTHALMOLOGISTE  
511 Bd Al Qods - Casablanca  
Tél: 05 22 25 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 California, 2<sup>nd</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 00164931700074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421



#### NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATION

6 118001 072323  
Vigamox® 5 mg/ml  
Collyre en solution, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
AMM N° 562/18 DMP/21/INTO  
PPV : 66,00 DHS

Von remboursable AMO  
© 2016 Novartis 449781 MA

## Vigamox® 5 mg/ ml. Collyr

Flacon compte-gouttes de 5 ml

Moxifloxacin

Veuillez 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 UTILISE ?

Le collyre Vigamox contient le principe actif moxifloxacine, 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 CONNAITRE AVANT D'UTILISER VIGAMOX ?

... de lentes de contact et de lentilles de

**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



PPC: 135,00

LOT

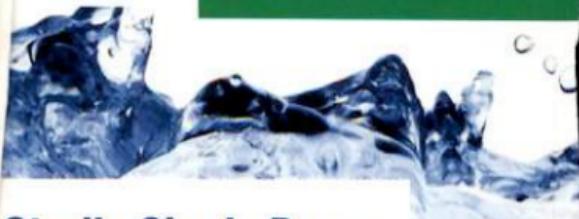
E03 22  
12/2025



ears

aline solution  
ered - 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