

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.

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

M23-004398

17 499

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8668 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAIFOURI ELHADI

Date de naissance : 10.07.1968

Adresse : 11 RUE HAJ JILALI ELLOURI MAARIF 02

CASA

Tél. : 06 67 21 10 21 Total des frais engagés : 300 + 99 + 1000 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
Dr Mohamed GUESSOUS
الدكتور محمد جيسوس
8, Rue Ibn Nafiss - Résidence Ben Omar
20440 CASABLANCA

Date de consultation : 10.08.2023

Nom et prénom du malade : TAIFOURI ELHADI Age :

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

Nature de la maladie : Maladie + Affection

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1.0.0007.2023 | C2 | 6 | 300,00 | Dr. Mohammed GUESBOUS Ophthalmologue |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10 Avril
2023

99,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

07/09/23

1000 DLT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

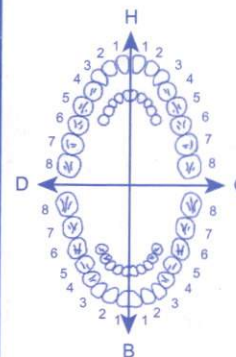
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

اختصاصي في أمراض و جراحته العيون
Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon (France).
Ancien attaché des Hôpitaux de Lyon (France).
Ancien attaché des Hôpitaux Militaires du Maroc.
Médecin Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Maladies et Microchirurgies des Yeux
Explorations oculaires - Lasers
Lentilles de contact - Chirurgie Réfractive

Casablanca le jeudi 10 août 2023

Mr TAIFOURI EL HADI.....Age : 55 ans

Mutuelle : MUPRAS

A. Prescription de Verres correcteurs et monture adaptée à l'écart pupillaire:

2 montures séparées - Traités Antireflet - Amincis - Blancs - Organiques

Vision de Loin :

* Oeil Droit : +0.25 (75° -0.25)

* Oeil Gauche : +0.25 (90° -0.25)

Vision de Près :

* Oeil Droit : Add+1.75

* Oeil Gauche : Add+1.75

B. Instiller aux deux Yeux :

Indocolllyre 0.1%

1 goutte 3 fois par jour pendant 15 jours

Cornérégel ou Gellarmes

1 application le soir pendant 1 mois

RESIDENCE BENOMAR

RUE IBNOU NAFISS PORTE ' B '
CASABLANCA-MAARIF.

TEL : 0522-99-44-77 et FAX : 0522-98-15-81.

Patente : n° 35709720 - I.C.E : 001637889000073 - C.N.S.S : n° 2700674

TAK OPTIC
Mme Moulia Elmi
75 Bd. Bir Anzarane, Casablanca
INPE: 095014494

PHARMACIE LACROIX
33, Rue Ibnou Nafiss Maarif - Casablanca
Tél: 0522257107 - RC: 2551
INPE: 092037217

Dr. Mohammed GUESSOUS
Ophtalmologue
09 1068609

Facture

Facture N° :

1053

Date :

2023-09-07

Client :

TAIFOURI

ELHADI

TAK OPTIC

73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif

Tel: 0522-256704

| VS | SPH | CYL | AXE | ADD |
|-----|-------|-------|-----|-----|
| VPD | +2.00 | -0.25 | 75 | |
| VPG | +2.00 | -0.25 | 90 | |

| N° | Désignation | Qte | PUTTC | MT |
|----|-----------------------|-----|--------|--------|
| 1 | ORGANIQUE ANTI REFLET | 1 | 300.00 | 300.00 |
| 2 | ORGANIQUE ANTIREFLETS | 1 | 300.00 | 300.00 |
| 3 | MONTURE OPTIQUE | 1 | 400.00 | 400.00 |

| | | | |
|----------|--------|-------------|---------|
| TVA | 20% | Total TVA | 166.67 |
| Total HT | 833.33 | Net à payer | 1000.00 |

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TAK OPTIC - 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif - 0522-256704 - visionexpress.casablanca@pubwebo.com
IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494


73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif
INPE: 095014494


73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif
INPE: 095014494



66671

H9588
03-2023
08-2024

PPV : 58,00 DHS



6118001270088

INDOCOLLYRE 0,1%
COLLYRE 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
LOT/ رقم اللصقة**INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE**

Se reporter à la notice intérieure
Se médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C.
Ne pas conserver au-delà de 15 jours après ouverture du flacon.
NE PAS INJECTER / NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
كن حذرا
تجنب القيادة قبل
قراءة النشرة



INDOCOLLYRE® 0,1%
أندوكولير® 0,1%

أندوميتاسين /
Indométacine /
collyre en solution / محلول

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

حالات الاستعمال، المقادير، التحذير
انظر النشرة داخل العلبة
يجب حفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25 °م.
لا يجوز الاحتفاظ به أكثر من 15 يوم بعد فتح القارورة.
لا يحتقن / لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.
INDOCOLLYRE® est une marque déposée de
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
الشركات التابعة لها.

دواعي الاستطباب
هذا الدواء قطرات لزجة للعين.
يوصى به لتخفيف أعراض التهاب العين
(عند وجود نقص في كمية الدمع).
يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.
لا يبلع. دواء غير خاضع لوصفة طبية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز
+25 درجة مئوية.
لا يجب الاحتفاظ بالأنبوب أكثر من أربعة
أسابيع بعد فتحه.
يؤخذ هذا الدواء عن طريق العين.
يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال.

التركيب AR
كربومير 974P.....0,300 غ
100 ل من قطرات لزجة للعين.
كلوريد البنزالكونيوم ، السوربيتول ،
هيدروكسيد الصوديوم ، الماء للمحقن.
مواغ ثو تأثير معروف:
كلوريد البنزالكونيوم (انظر نشرة العبوة لمزيد
من المعلومات).



جيل لارم، قطرات لزجة للعين كربومير 974P أنبوب يحتوي على 10 غ

Gel-larmes® Gel ophtalmique

Carbomère 974P

Tube de 10g

FR COMPOSITION :
Carbomère 974P.....0,300 g
Pour 100 g de gel ophtalmique
Chlorure de benzalkonium, sorbitol, hydroxyde de
sodium, eau pour préparations injectables.
Expicent à effet notoire :
chlorure de benzalkonium (voir la notice pour
plus d'information).

A conserver à une température ne dépassant pas
25°C.
Après ouverture du tube, le produit ne doit pas
être conservé plus de 4 semaines.
Voie ophtalmique.
Lire la notice avant utilisation.
INDICATIONS D'UTILISATION :
Ce médicament est un gel ophtalmique.

Il est préconisé pour soulager les symptômes
d'irritation liés à la sécheresse oculaire (quand il
existe une insuffisance de larmes).
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES
ENFANTS.
Ne pas avaler.
Médicament non soumis à prescription médicale.

Titulaire
LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Bléniot
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
FRANCE

6 118001 100958
GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
PPV : 41.00 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI

Fabricant
FARMILA THEA FARMACEUTICI S.P.A.
Via E.Fermi, 50
20019 SETTIMO MILANESE (MI)
ITALIE

المنتج
فارملا- تيفا فارموسيتي ش.ب.أ.
فيا E فيبي، 50
20019 - ستيو ميلانيز (م ي)
إيطاليا



المالك
مخابر تيفا
12 شارع لويس بلينيوت
63017 كليمون فيان سينكس 2
فرنسا