

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-816257

| | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 13457 | | Société : Royal Air Maroc | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ATDA ABDELLAH | | Date de naissance : 19/10/1994 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0669 32 34 23 | | Total des frais engagés : 756,- Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

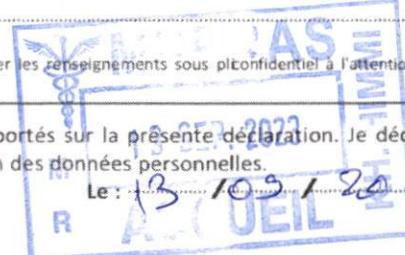
| |
|--|
| Cadre réservé au Médecin |
| Cachet du médecin : |
| |
| Date de consultation : 30/10/2018 |
| Nom et prénom du malade : Nahuel |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Collègues <input type="checkbox"/> Autre |
| Nature de la maladie : Dr. Rafik Hysse, Ophtalmologue, Bureau Lina 1er étage Bd Oued Fath, Casablanca, 05 22 28 12 22 |
| 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/10/2013



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/08/2023 | 5 | | 300 Dhs | INP : 091285213 Dr. Hank Iyass Ophthalmologist Space Bureau Lima 1er étage Marrakech Faiefi Juffa - Casablanca Tel. 05 23 10 11 11 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| HARMACIE HAMZA SAHEL Riad Sahel, Lot. 750-1 Had Soualem Dr. Hamza El Kharnati Gsm: 06.94.65.48.25 D 62118966 | 30-08-2023 | 456,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

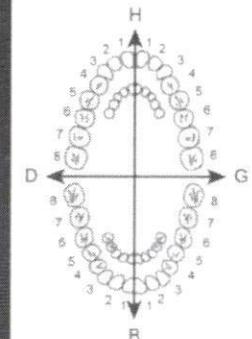
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

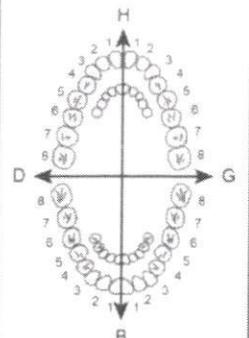
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

| | |
|---|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| 00000000 | 00000000 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr RAFIK ILYASS

**OPHTALMOLOGISTE
ADULTES ET ENFANTS**



د. إلیاس الرفیق

**طب و جراحة العيون
للكبار والصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne du CHU Ibn Rochd

Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب شاب بالمستشفى ٢٠ غشت

Casablanca le

30 août 2023

Mme MAHJOUB Ghizlane

₴ 98.00

BLEFARETTE

SV

à mettre dans un verre d'eau chaude puis sur les paupières fermées puis
massage matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

₴ 11.60

BROPDEX collyre

SV

Une goutte 4 fois par jour pendant 15 jours puis
Une goutte 2 fois par jour pendant 15 jours , dans les deux yeux

₴ 6.40

STERDEX pd

SV

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

₴ 80.00

HYLO-GEL collyre

SV

1 goutte 6 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

₴ 456,00

PHARMACIE HAMZA SAHEL
Riad Sahel, Lot. 750-1
Had Soualem
Dr. Hamza El Khtarnati
Gsm: 06.94.65.43.25

Dr. Rafik Ilyass
Ophtalmologiste
place Bureau Lina 1er étage Bd Oued
Amarrat(HM Fateh) Galla Casablanca
Tel : 05.22.16.12.53
05.68.04.3333

05.22.10.12.57

06.63.65.68.04

dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)
عمراء لينا، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)

6 118001 272549



Bropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone

Facon de 10 ml

PPV : 51,60 Dhs

Zenith pharma

Facon de / Bottle of 10 ml

Couche en suspension
Eye drops suspension

0,3g / 0,1g

Tobramycin/Dexamethasone

Bropdex®

عيار رقم / B N° :

تاريخ الإنتاج / Mfg / Fab :

تاريخ الانتهاء / Per / Exp :

202011

06/2022

06/2024

7 067011 245691 891011 734521 067011 91011 7

30804312-2

بروتو توكين®
توبراميسين / ديكساميتازون
بروتوكلين®

التركيب : توبراميسين 3.00 مغ
ديksamيتازون 1.00 مغ
السواغات : هيدروكسيثيل سلولوز.
كلورور بنتاكوليوم، إيدباتن ثانٍ
الموديوم 2160، تيلوكسابول،
كلورور الصوديوم، سلفات
الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم،
حمض السلفوريك، مااء للحقن.
سواع ذو تأثير معروف : كلورور
بنتاكوليوم.
للمزيد من المعلومات انظر النشرة
المرفقة.
يحفظ 4 أسابيع بعد الفتح.
يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى
الأطفال.

قطرات العين
شکل محلول
قارورة من قنة 10 مل

Composition :
Tobramycin 3.00 mg
Dexaméthasone 1.00 mg
Excipients : Hydroxyéthylcellu-
lose, chlorure de benzalkonium,
édétate disodique 2160,
tyloxapol, chlorure de sodium,
sulfate de sodium, hydroxyde
de sodium,
acide sulfurique, eau pour
injection. Excipient à effet
notoire : Chlorure de
benzalkonium. A conserver 4
semaines après ouverture. Pour
plus d'information consulter la
notice interne. Tenir hors de la
portée et de la vue des enfants.

Composition:
Tobramycin 3.00 mg
Dexamethasone 1.00 mg
Excipients: Hydroxyethylcellu-
lose, benzalkonium chloride,
disodium edetate 2160,
tyloxapol, sodium chloride,
sodium sulphate, sodium
hydroxide sulphuric acid, water
for injection.
Excipient with noticeable effect:
Benzalkonium chloride.
store 4 weeks after opening.
For more information: see
leaflet attached.
Keep out of reach of children.