

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-816257

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13457 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ATD.A ABDELLAH

Date de naissance : 19/05/1994

Adresse :

Tél : 0669323423 Total des frais engagés : 756,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/2023

Nom et prénom du malade : ATD.A ABDELLAH

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie :

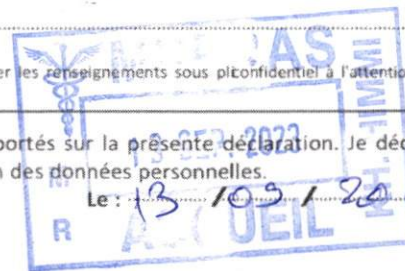
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

Dr. Hank Hyatt  
Ophthalmologist  
1111 1st St. N.E.

**Dr. Hank Hye**  
**Ophthalmologist**  
Office: Bureau-Linn Ver étage Bd Oued  
El Fatcha Oufia Casablanca  
Tél: 48 04

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HAMZA SAHEL</b> Riad Sahel, Lot. 750-1 Had Soualem Dr. Hamza El Kharnati Gsm: 06.94.65.48.25 062222966	30-08-2023	456100

ou du Fournisseur

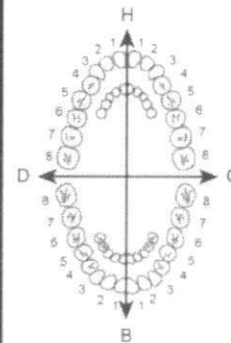
**PHARMACIE HAMZA SAHEL**  
Riad Sahel, Lot. 750-1  
Had Soualem  
Dr. Hamza El Kharnati  
Gsm: 06.94.65.48.25  
062118466

3

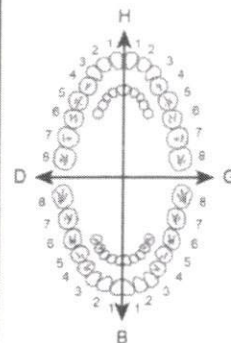
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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



O.D.F.   
PROTHESES DENTAIRES



25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr RAFIK ILYASS**

**OPHTALMOLOGISTE**

**ADULTES ET ENFANTS**



**د. إلياس الرفيق**

**طب و جراحة العيون**

**للکبار و الصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne du CHU Ibn Rochd

Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ أغسطس

**Casablanca le**

**30 août 2023**

**Mme MAHJOUB Ghizlane**

**BLEFARETTE**

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

**BROPDEX collyre**

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

**STERDEX pd**

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

**HYLO-GEL collyre**

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

**PHARMACIE HAMZA SAHEL**  
Riad Sahel, Lot. 750-1  
Hadj Soualem  
Dr. Hamza Elkharnati  
Gsm: 06.94.65.43.25

**Dr. Rafik Ilyass**  
Ophthalmologiste  
Espace Bureau Lina 1er étage - Bd Oued  
Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca  
Tel: 05 22 16 12 5

☎ 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)

عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)

Zenith pharma

Flacon de / Bottle of 10 ml

Collyre en suspension  
Eye drops suspension

0,3g / 0,1 g

Tobramycine/Dexaméthasone  
Tobramycin/Dexamethasone

**Broddex**

202011  
06/2022  
06/2024  
عيار رقم / B N° / Lot N°  
تاريخ الإنتاج / Fab / Mfg  
تاريخ الانتهاء / Per / Exp

PPV : 51,60 Dhs

**Broddex**® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone

Flacon de 10 ml



6 118001 272549

Tubercule A (Unité 0 / Tuber A Unit 0 / 0 وحدة) : 1

Do not exceed the prescribed dose  
Ne pas dépasser la dose prescrite

Be careful Don't drive without reading the leaflet  
Soyez prudent Ne pas conduire sans avoir lu la notice



Zenith pharma  
Faiture par / Manufactured by : Zenith pharma  
12, Karamba Street, 15451, Neo Patisco, Athens, Greece  
Distribué par / distributed by : Zenith Pharma  
96, Zone Industrielle, Tazila, Neagane Agadir - Maroc  
Dr. M. EL BOUHMAEL, Pharmacien Responsable



برونيكس  
توبراميسين / ديكساميثازون

1.1 / 0.3  
غ / غ

قطرات العين  
في شكل محلول

قارورة من فئة 10 مل

Zenith pharma

30804312-2

Composition :  
Tobramycin ..... 3,00 mg  
Dexamethasone .... 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.

التركيب : توبراميسين ..... 3.00 مغ  
ديكساميثازون ..... 1.00 مغ  
السواغات : هيدروكسيثيل سلولوز،  
كلورور بنزالكونيوم، إيديتات ثنائي  
الصوديوم 2160، تيلوكسابول،  
كلورور الصوديوم، سلفات  
الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم،  
حمض السلفوريك، ماء للحقن.  
سواغ ذو تأثير معروف : كلورور  
بنزالكونيوم.  
للمزيد من المعلومات انظر النشرة  
المرفقة.  
يحفظ 4 أسابيع بعد الفتح.  
يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى  
الأطفال.