

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-0027132

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FARISS MOHAMED
 Date de naissance : 12.07.1961
 Adresse : 293, Rue TAZARINE CAS 20000
 Tél. : 0606.51.12.12 Total des frais engagés : 418,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2023
 Nom et prénom du malade : FARISS MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : MALADIE INTRAITABLE
 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 : 11/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 31/10/2023



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
8/11/93			300DH	Urgence : 06 70 84 70 80 Tel: 05 22 27 42 76 - 06 68 95 93 68 1 ^{er} Etage N°7 - Casablanca 633 Rue Mohammed VI - Centre Urbain Nord Médecin Généraliste Dr. El Ghazal Mohamed
8/11/93			Contrat	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/23	82,40
	31/10/23	35,70
	8/11/23	94,10
		212,20

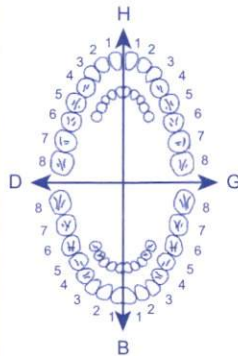
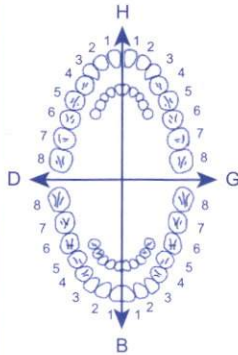
[illegible][illegible][illegible]

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 <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
--	---

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SABIR Nadia

Ophthalmologiste

RABISS



MSHAKH

81M123

الدكتورة صبير نادية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Casablanca, Le

1/ Solupn
40100
ou EFFIA

el. LAMAR
54,10

94,10



Ophtalmologiste
633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne
1er Étage N°7 - Casablanca
Tél.: 0522 27 42 76 - 06 66 95 93 34
Urgence: 06 70 81 76 03
INPE: 091015461

PHARMACIE LAAYOUNE
Dr IBRAHIMI Hind
635 rue Goulmima Casablanca
Tél: 05 22 26 21 04
INPE : 092038991

633 شارع كلميمة، حي بوركون، الطابق الأول رقم 7، الدار البيضاء

633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne, 1er Étage N° 7 - Casablanca

Consultation : 05 22 27 42 76 / 06 66 95 93 34 - Urgence : 06 70 81 76 03 - E-mail : 1972nsabir@gmail.com

TOBRADEX® COLLYRE EN SUSPENSION Tobramycine Dexaméthasone 0,3/0,1%

توبرا ديكس
قطرات العين على شكل
مستعلق

توبراميسين/ديكساميثازون

%0.1/0.3

Flacon de 5 ml

قارورة من فئة 5 مل

NOVARTIS

COMPOSITION :
Dexaméthasone 0,10 g
Tobramycine 0,30 g
Pour 100 ml de collyre
Excipient à effet notoire :
Chlorure de benzalkonium.
Autres excipients :
Edétate de sodium, Chlorure de sodium,
Sulfate de sodium anhydre, Tylosol, Hydroxyéthylcellulose, Acide sulfurique et/ou Hydroxyde de sodium, Eau purifiée, Voie Ophtalmique.

Line la notice pour plus d'informations.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.
Ne pas utiliser ce médicament au-delà de 4 semaines après la première ouverture du flacon.
A conserver à une température entre 15°C et 25°C.
Ne pas congeler.

التركيبية:
ديكساميثازون 0,10 غ
توبراميسين 0,30 غ
لكل 100 مل من المستعلق
سواغ ذو تأثير معروف:
كلوريد البنزالكونيوم.
المكونات الاخرى:
إديتات الصوديوم، كلوريد الصوديوم،
ملحقات الصوديوم الاماكية، ثيلوكسول،
هيدروكسي إيثيل سلولوز، حمض الكبريتيك
و/أو هيدروكسيد الصوديوم، ماء مقطر.
عن طريق العين.
يجب قراءة النشرة المفصلة من المعلومات.
لا يحفظ الدواء بعيدا عن مرمى ومستناول الأطفال.
الفتح الأول للقطرة:
يحفظ في درجة حرارة تتراوح بين 15 و 25
درجة مئوية.
لا يجمد.

6 118001 070596
Laboratoires SotHEMA Bouskoura
Tobradex® 0,30/0,1% collyre en suspension 5ml
AMM N°: 524/18 DMF/21/NTO
Boite de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH
406806 MA

COMPOSITION :
Dexaméthasone 0,10 g
Tobramycine 0,30 g
Pour 100 ml d'oculocyte
Excipient à effet notoire :
Chlorure de benzalkonium.
Autres excipients :
Edétate de sodium, Chlorure de sodium,
Sulfate de sodium anhydre, Tylosol, Hydroxyéthylcellulose, Acide sulfurique et/ou Hydroxyde de sodium, Eau purifiée, Voie Ophtalmique.

Line la notice pour plus d'informations.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.
Ne pas utiliser ce médicament au-delà de 4 semaines après la première ouverture du flacon.
A conserver à une température entre 15°C et 25°C.
Ne pas congeler.

التركيبية:
ديكساميثازون 0,10 غ
توبراميسين 0,30 غ
لكل 100 مل من المستعلق
سواغ ذو تأثير معروف:
كلوريد البنزالكونيوم.
المكونات الاخرى:
إديتات الصوديوم، كلوريد الصوديوم،
ملحقات الصوديوم الاماكية، ثيلوكسول،
هيدروكسي إيثيل سلولوز، حمض الكبريتيك
و/أو هيدروكسيد الصوديوم، ماء مقطر.
عن طريق العين.
يجب قراءة النشرة المفصلة من المعلومات.
لا يحفظ الدواء بعيدا عن مرمى ومستناول الأطفال.
الفتح الأول للقطرة:
يحفظ في درجة حرارة تتراوح بين 15 و 25
درجة مئوية.
لا يجمد.

6 118001 070596
Laboratoires SotHEMA Bouskoura
Tobradex® 0,30/0,1% collyre en suspension 5ml
AMM N°: 524/18 DMF/21/NTO
Boite de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH
406806 MA

NE PAS AVALER
RESPECTER LES Doses PRESCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

لا يبلغ
يجب احترام الجرعات الموصوفة
جدول أ (اللائحة أ) - يحصر فقط بموجب
وصفة طبية

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice
كن حذرا لاتقد السيارة دون قراءة النشرة

Titulaire d'AMM Maroc
صاحب رخصة التصديق المغرب

Laboratoires SOTHEMA, B.P. N°1, 27182,
Bouskoura-Moroc

Sous licence des Laboratoires : Novartis
Pharma Schweiz AG - Suisse.

Fabricant : المصنع
Alcon-Couvreur N. V.

Rijsweg 14, 5-2870 Puurs, Belgique
Sieghed El Masrou, S.A., Camil Fabra,
58, 08320 El Masrou, Barcelone,
Espagne

EFFIPRED®
20 Comprimés effervescent 20 mg

6 118000 031369

LABORATOIRES
SOTHEMA Bouskoura
21, RUE DES OLIVIERES
BOUSKOURA - MAROC

للابحاث
SOTHEMA
المصنع
الصيدلانية
الصيدلانية المغربية

للابحاث
SOTHEMA

20
قارورة

20
ملغم

بريديون

افيريدم

Docteur SABIR Nadia

Ophtalmologiste



31/10/23
الدكتورة صبير نادية
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

F. 18

Casablanca, Le

PHARMACIE LAAYOUNE

Dr IBRAHIMI Hind

635 rue Goulmima Casablanca

Tél: 05 22 26 21 04

INPE : 092038991

35,70 x 2

41

FORALDEX

35,70

PHARMACIE LAAYOUNE
Dr IBRAHIMI Hind
635 rue Goulmima Casablanca
Tél: 05 22 26 21 04
INPE : 092038991

1 H

2 j

1 H

2 j

15

5 j

4

2 j

20,80

21. FORALDEX

2 j

25,90

1 H

2 j

③ mythiolum

5 j

2 j

633 شارع كلميمة، حي بوركون، الطابق الأول رقم 7، الدار البيضاء

633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne, 1er Étage N° 7 - Casablanca

Consultation : 05 22 27 42 76 / 06 66 95 93 34 - Urgence : 06 70 81 76 03 - E-mail : 1972nsabir@gmail.com

Anders

John

Date de première ouverture /
تاريخ فتح القارورة لأول مرة

لارماباك® 0,9 % AR

التركيبية:

كلوريد الصوديوم.....0,900 غ
100 مل من محلول قطرات للعين

قائمة سواغات:

هيدروجين فوسفات الصوديوم
دوديكاهيدرتي ، ديهيدروجينوفوسفات
الصوديوم ثنائي الاماهة، ماء
للمستحضرات القابلة للحقن.
سواغ ذو تأثير معروف: الفوسفات.

عن طريق العين

انظر النشرة لمزيد من المعلومات
يترك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال

دواعي الإستعمال:

يوصى باستعمال هذا الدواء لتخفيف
أعراض التهاب الناتج عن جفاف العين
(نظرا لعدم توفر الدموع بكمية كافية).

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25
درجة مئوية.

لا تحتفظوا بالقارورة بعد استعمالها لأكثر
من 8 أسابيع.

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

لا يحقن و لا يبلع.

يسلم هذا الدواء دون وصفة طبية.

رقم التسجيل بالمغرب MA

181/19/DMP/21/NRQDNM

Posologie :
المقادير :

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

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV: 54,10 DH
6 118001 100651

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

موزع من طرف:

كوبر فارما

41 زنقة محمد ديوري، 20110

الدار البيضاء المغربية

الصيدلي المسؤول: أمينة الداودي

Théa

Larmabak®

0,9 %

Collyre

Chlorure de sodium

Boîte de 1 flacon de 10 ml

لارماباك®

0,9 %

محلول قطرات للعين

كلوريد الصوديوم

علبة تحتوي على قارورة 10 مل

Sans
conservateur

دون مادة حافظة

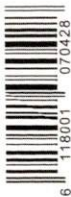


**Attention, danger :
ne pas conduire**

Pour la reprise de la conduite,
demandez l'avis d'un médecin



MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

Fabricant :

FARMILA

THEA FARMACEUTICI S.p.A.

Via E. Fermi 50

20019 Settimo Milanese (MI)

ITALIE

المنتج:

فارمिला - تينا فارموسيتيشي ش.ب.أ.

فيا E فيرمي 50

20019 ستيو ميلانيز (MI)

إيطاليا

FR

Voie locale.

En instillation oculaire.

COMPOSITION

Tropicamide 0,500 g

Pour 100 ml.

Liste des excipients : chlorure de benzalkonium, chlorure de sodium, acide chlorhydrique (pour ajustement du pH), eau pour préparations injectables.

Excipient à effet notoire : chlorure de benzalkonium (voir la notice pour plus d'information).

CONSERVATION

À utiliser dans les 15 jours après ouverture du flacon.

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE
AVANT UTILISATION.

**TENIR HORS DE LA VUE ET
DE LA PORTÉE DES ENFANTS**

Titulaire :

Laboratoires Théa

12, rue Louis Blériot

63017 Clermont-Ferrand Cedex 2

FRANCE

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا تبتلع - لا تحقن
احترم الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur
ordonnance

جدول أ (قائمة I) . بصرف بموجب وصفة طبية

Mydriaticum®

0.5 %

Tropicamide
Collyre en flacon

10 ml

ميدرياتيكوم
% 0,5

تروبيكاميد

قطرات للعين في قارورة

10 مل

Théa