

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0031969

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9496 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NIKEL Hamza
 Date de naissance : 15/09/16
 Adresse : ARRAHJINE
 Tél : 0666860575 Total des frais engagés : 595,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : NIKEL Hamza Age : 57
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | | | |
|-------|--|-----|--|
| C | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| V | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z | = Electro - Radiologie |
| PC | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B | = Analyses |
| K | = Actes de chirurgie et de spécialistes | | |

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 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1601564

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : NIKEL Hamza
Matricule : 9496 Fonction : _____ Poste : 2198
Adresse : ARAYAHINE villa 15
Tél. : 06 6686 05 75 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. Hamza NIKEL Age 15 09 66
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Amétrope
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____

A _____ le 08 DEC 2023

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin traitant
Dr. Z. M. PET. OUTARAHOUT
OPHTALME
Ancien Professeur Agrégé au CHU de Rabat
Chirurgie Angioplastique Laser
Résidence : Ghawail, Ag. d'Alger
Rue Qirawine - Rabat
Tél. : 05 37 76 79 - 05 37 76 55

VOLET ADHERENT

DECLARATION 1601564
Matricule N° : 9496
Nom du patient : Nikel Hamza
Date de dépôt : _____
Montant engagé _____
Nombre de pièces jointes : _____



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
09 DEC 2023			300,00	Dr. Z. MITALIA Ancien Professeur d'Anatomie Chirurgie de la Cavité Buccale Résidence à Sfax - Tunisie - Tél: 06 97 72 12 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL HANA Dr. ELZACHMOURI HANA Im 1, Mag 2, Lot Les Coop Ar.med Villarsana Tél: 05 37 41 54 24 / INPE: 102101326	09/12/2023	295,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

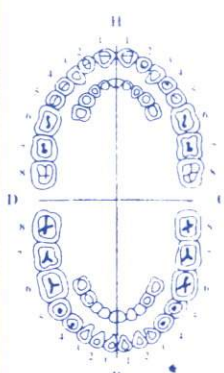
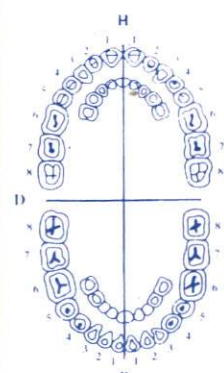
VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411	B	11433553	MONTANT DES SOINS
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000		00000000													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT

OPHTALMOLOGISTE

Ancien Professeur Agrégé
au C.H.U. de Rabat

CHIRURGIE

ANGIOGRAPHIE LASER

Angle Av. d'Alger et Rue Quairaouan
RABAT

Tél.: 05 37 73 05 55 / 70 78 79

الدركتور المرابط أوتراحوت زهور

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة مبرزة سابقا

بكلية الطب بالرباط

زاوية شارع الجزائر وزنقة القيروان

الرباط

الهاتف : 05 37 73 05 55 / 70 78 79

Rabat, le 09 DEC 2023 في الرباط،

M. Fanzo Nikel

150,00

Hylocomo d *colpe*
ptte 2 a' epin

145,00

Aqualarm *colpe* *unidos*
ptte 2 a' epin
A la demande

صيدلية اليت
PHARMACIE ELITE
Dr. EL YAGHMOURI HICHAM
Lot 1, Mag 2, Lot des Coop Av. med Vitamesna
Tél.: 05 37 41 54 24 / INPE.: 102101326

T: 295,00

Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT
OPHTALMOLOGISTE
Ancien Professeur Agrégé au CHU de Rabat
Chirurgien Angiographie Laser
Résidence Al Ghawali, Angle Av. d'Alger
et Rue Qirawane - Rabat
Tél.: 05 37 70 78 79 - 05 37 73 05 55



2026-10

LOT

308676

150 DH

PPC:

BAUSCH + LOMB

Aqualarm®

Intensive UD

0,2% d'acide hyaluronique
(sous forme de hyaluronate de sodium)

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH



30 x 0,5 ml de solution ophtalmique
en unidoses

Sans conservateur

Unidoses

- Lubrifie les yeux et les lentilles de contact
- Hydratation rapide et naturelle soulageant les yeux secs, fatigués et irrités
- Améliore la tolérance et le confort des porteurs de lentilles de contact

أكوالارم™ إنتنسييف أو.دي.

حمض الهالورونيك بتركيز 0.2%
(على شكل هالورونات الصوديوم)،
0.5 مل x 30 وحدة أحادية الجرعة من
محلول قطرات العين، بدون مواد
حافظة.

- يُرطب العينين و العدسات اللاصقة
- ترطيب سريع و طبيعي يمنح الراحة
للعينين الجافتين، المتعبتين و
المتهيجتين
- تتميز التركيبة بدرجة عالية من
التحمل و يزيد الإحساس بالراحة لدى
مرتدي العدسات

Composition: 0.2% hyaluronic acid (as sodium hyaluronate), sodium chloride, potassium chloride, disodium phosphate dodecahydrate, sodium dihydrogen phosphate-dihydrate and water for injection.

Composition: Solution à base d'acide hyaluronique à 0,2% (sous forme de hyaluronate de sodium), chlorure de sodium, chlorure de potassium, phosphate disodique dodecahydraté, dihydrogénophosphate de sodium dihydraté, eau stérile.

المكونات: محلول من حمض الهالورونيك بتركيز 0.2% (على شكل هالورونات الصوديوم)، كلوريد الصوديوم، كلوريد البوتاسيوم، فوسفات ثنائي الصوديوم المُميه إثني عشرة مرة، ثنائي هيدروجينو فوسفات الصوديوم ثنائي التمييه، ماء معقم.

43044FS764/4-DZ+
C1MAG04
2/18.08.21
75/30/138

Aqualarm® Intensive UD
أكوالارم™ إنتنسييف أ.و.دي.

BAUSCH + LOMB


Date MFG / FAB / تاريخ الصنع 2022-09
تاريخ نهاية الصلاحية / 2024-08
رقم الحصة / LOT HY4122

BAUSCH + LOMB

Aqualarm® Intensive UD

0.2% hyaluronic acid
(as sodium hyaluronate)

Legal Manufacturer
and Manufacturer / Détenteur
légal et fabricant du produit
المصنع القانوني والمصنع:

 Dr. Gerhard Mann
chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne
Made in Germany
Fabriqué en Allemagne

صنع في ألمانيا
مقرر المصادقة في الجزائر رقم
(D.H. Algérie N°)


المستورد و الموزع في الجزائر:
مخابر التحاليل المغاربية (LDM)
المنطقة الصناعية، واد حميميم
الخروب - قسنطينة، الجزائر

Imported and distributed in Egypt
by: iCare Medical Technology

Importateur et distributeur
au Maroc :
Zenithpharma 96,
Zone Industrielle Tassila
Inezgane. Agadir, Maroc

®/™ are trademarks of
Bausch & Lomb Incorporated
or its affiliates.
®/™ sont des marques de
Bausch & Lomb
Incorporated ou de ses filiales.
© 2021 Bausch & Lomb
Incorporated.

®/™ علامات تجارية لشركة
Bausch&Lomb Incorporated
أو للشركات التابعة لها

 Please read the
Instructions for Use
Veuillez lire le mode
d'emploi

الرجاء قراءة إرشادات الاستعمال

   25°C
1°C

 **STERILE A**

CE 0483 معقم



30 x 0.5 ml eye drops in single-dose units
Preservative free



Single doses

- Eye lubricant and for wetting and rewetting of contact lenses
- Fast & natural hydration to relieve dry, irritated and tired eyes
- Improves the tolerance and comfort of your contact lenses