

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

189987

Déclaration de Maladie

M23- N° 0033735

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6074 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSARI ABDELHAKIM

Date de naissance : 22/03/50

Adresse : H. M. Nassim Rue 7 n° 6 B4 Abdelhakdi Bentalab
Ain Dine Casablanca

Tél. : 0663636465 Total des frais engagés : 757,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/2023

Nom et prénom du malade : Ben SARI Abdelhakim Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Se chousse dentaire

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 : Casablanca Le : 09/01/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/12/23 | 9 | | 250 | Dr. NAYME Karim Ophthalmologie Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azzammour Casablanca Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95 |
| | | | 230 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 13/12/23 | 507,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

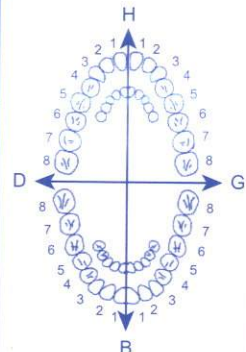
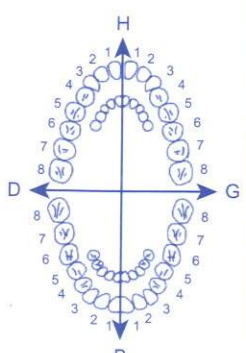
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, 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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim NAYME

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales



الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي والشبكة

جراحة الجفون ومسالك الدموع

casablanca

Le **13 décembre 2023**

Mr. BENSARI ABDELHAKIM

LEFOX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

XILOIAL ZERO

1 gte 3 -fois /j , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

ZYLET. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

VALEX: CP

1 cp matin & 1 cp le soir, après repas, pendant 15 jours

Dr. NAYME Karim
Ophtalmologie

Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmou
- Casablanca -
Tél : 06 43 08 22 95 / 06 43 08 22 95

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemmou) Lot. Nassim Casablanca

5، شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) -خزنة النسيم البيضاء

+ 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

@ karim.nayme@gmail.com f Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

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

Tableau A (Liste I) / Table A (Liste I) / جدول أ (القائمة أ)

PPV : 58,60 Dhs

Lefox 0,5 %
Lévofloxacin
Flacon de / bottle of 5 ml



6 118001 272525

Zenith pharma

Fabriqué par / Manufactured by /
Rafarm Hellas S.A. Pharmaceutical Company
Thessaloniki, Greece / Distributed by /
Zenith Pharma - 86, Zone Industrielle, Tassila, Inezgane Agadir - Maroc
Dr. M. EL BOUMMADI, Pharmacien Responsable

PPC 179,00 DH

DHS

LOT

0260123
2025 01

Centre Commercial - Hassan
Essalam-Souissi



BAUSCH + LOMB

Tabletate de lotéprednol
0,3% et tobramycine 0,3%
en suspension
إنتابونات اللوتيريدنول
0,3% و توبراميسين 0,3%
مستحلبات العين

1 ml contient:
PRINCIPES ACTIFS: Étabonate de lotéprednol
5 mg (0,5%) et Tobramycine 3 mg (0,3%)
EXCIPIENTS: Edétate disodique, glycérine,
povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure
de benzalkonium.
Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium
pouvant être ajouté pour ajuster le pH.
يحتوي كل 1 مل على:
مواد فعالة: إنتابونات اللوتيريدنول 5 مغ (0,5%)
و توبراميسين 3 مغ (0,3%)
السواغات: إديتات ثنائي الصوديوم، غليسيرين،
بوفيدون، ماء مطهر، ثيوكساپول، و كلوريد
البنزالكونيوم. يمكن إضافة حمض السلفوريك
و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل ال pH.

Excipient à effet notoire:
Chlorure de benzalkonium 0,01%
سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم 0,01%

Tableau A (Liste I)
جدول أ (قائمة أ)
POSOLOGIE: Lire attentivement la
notice intérieure.
المقادير: اقرأ بعناية العبوة داخل العلبة.

AGITER VIGOREUSEMENT
AVANT UTILISATION
ترج القارورة بقوة
قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.
للاستعمال في العين فقط.
Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DHS



Moisturising, lubricant, sterile ophthalmic solution with TS-polysaccharide and Sodium hyaluronate

Solution ophtalmique stérile hydratante, lubrifiante, à base de TS-polysaccharide et de Hyaluronate de sodium

Composition: Sodium Hyaluronate (0,2% w/v), TS- Polysaccharide (0,2% w/v), Mannitol, Sodium citrate, Citric acid monohydrate, Water for injections.

Composition: Hyaluronate de sodium (0,2% p/v), TS-Polysaccharide (0,2% p/v), Mannitol, Citrate de sodium, Monohydrate d'acide citrique, eau pour préparations injectables.

N°Certificat d'Enregistrement au
Ministère de la Santé:
2994/13758/2016/DMP/20/DM

 Farmigear S.p.A.
Via G.B. Oliva, 6/8
56121 PISA - Italy/Italie



STERILE A

CE 0546



25°C

Importateur/Distributeur:

B2S Health Services, 9, Avenue
Mohamed Belhassan El Ouazzani
Commercial Dar