

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Diagnostique 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

Réclamation : 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

N° P19- 0040151

ND: 34077

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001753 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2020

Nom et prénom du malade : BOURJA FATMA Age: .....

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Amelioration

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22.11.2020

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) : .....



# 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
03/07/2010	G		3000H	<p>Dr. LAOUSSI Radia</p> <p>Professeur en Ophthalmologie</p> <p>Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen</p> <p>Résidence Koutoubia</p> <p>Casablanca - Tél/Fax: 0322 39 46 00</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/07/10	18000

# 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
		AM	PC	IM	IV	
	11-07-20					2700,-

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aérospatiale

## الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنات (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca le :

3-7-00

BOURSA Fatima

للمنتدات 2 pairs

46/05 (40 - 0,50) + 2

OG, (105 - 0,50) +  
2,50

UP/0 DG 000 2,50

Hypofel (SV)  
1gkx3j

DR. LAOUISSI Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tél. ex. 0522 99 46 00



# AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق, شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

N° 004198

Docteur : N. Laouissi

Mr. : Bouja Fatima

## Nomenclature :

Montures :   
VL Optique 6w, -   
VP Optique 4w, ~

Type de verres : Optique que An   
 Optique que Blanc

### \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 40° Cyl : -0.50 Sph : +2.00 5w, ~

OG : Axe : 105° Cyl : -0.50 Sph : +2.50 5w, ~

### \* VISION DE PRES :

OD : Axe : \_\_\_\_\_ Cyl : \_\_\_\_\_ Sph : \_\_\_\_\_

OG : Axe : \_\_\_\_\_ Cyl : \_\_\_\_\_ Sph : \_\_\_\_\_

Add : +2.50 7w, ~

= 8.7w ~

Total : Quatre mille sept cents DA

Date : 17/07/20



## Mode d'emploi

**Veillez lire attentivement ces informations, elles vous aideront à utiliser correctement HYLO®-GEL.**

# HYLO®-GEL

**Hyaluronate de sodium 2 mg/ml**

**Pour l'hydratation intensive, thérapeutique de la surface de l'oeil en cas de sensation de sécheresse oculaire sévère et chronique ainsi qu'après une chirurgie des yeux.**

## Qu'est-ce que HYLO®-GEL ?

HYLO®-GEL est un collyre stérile, sans phosphate et sans conservateur, contenant 2 mg/ml d'hyaluronate de sodium, un tampon citrate, du sorbitol et de l'eau.

## À quoi sert HYLO®-GEL ?

Pour l'hydratation intensive, thérapeutique de la surface de l'oeil en cas de sensation de sécheresse oculaire sévère et chronique ainsi qu'après une chirurgie des yeux.

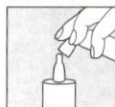
## Quand faut-il utiliser HYLO®-GEL ?

HYLO®-GEL contient le sel de sodium de l'acide hyaluronique, une substance naturelle, qui se trouve dans l'oeil et dans d'autres parties du corps. Grâce à ses propriétés particulières, il forme un film hydratant régulier, stable et adhérent particulièrement longtemps sur la surface de l'oeil, qui ne peut être éliminé rapidement. Grâce à cette caractéristique bioadhésive ajoutée aux larmes naturelles, la cornée et la conjonctive sont soignées et la lubrification est idéale pour le battement de paupière. HYLO®-GEL contient une quantité particulièrement élevée d'acide hyaluronique et est donc très visqueux. L'oeil est ainsi recouvert d'un film humide stable particulièrement intensif et durable. Les troubles continus ou plus importants sont soulagés et l'oeil est durablement protégé des irritations.

La régénération des tissus superficiels de l'oeil exige une hydratation suffisante. L'utilisation de HYLO®-GEL permet une hydratation suffisante. L'utilisation de HYLO®-GEL permet de maintenir la cornée et la conjonctive pendant une longue période, ainsi le déroulement optimal du processus de guérison.

HYLO®-GEL est sans conservateur, ce qui fait qu'il est très bien toléré. De plus, HYLO®-GEL est sans phosphate, ce qui permet d'éviter des complications éventuelles dues à des dépôts dans la cornée.

## Comment utiliser HYLO®-GEL ?



Retirer le capuchon.



Avant la première utilisation, incliner la tête libre, éloigner de l'oeil et appuyer le centre du fond de la main sur la valve particulière de délivrance d'une goutte. Maintenir le flacon vers le bas, en position de pression, jusqu'à l'apparition de la goutte. Fermer le flacon et les autres gouttes.



Comme indiqué, tenant le flacon.



Incliner la tête libre, éloigner de l'oeil et appuyer le centre du fond de la main sur la valve particulière de délivrance d'une goutte. Maintenir le flacon vers le bas, en position de pression, jusqu'à l'apparition de la goutte. Fermer le flacon et les autres gouttes.



Après utilisation, incliner la tête libre, éloigner de l'oeil et appuyer le centre du fond de la main sur la valve particulière de délivrance d'une goutte. S'assurer que l'oeil est bien protégé. Éviter tout contact de l'oeil ou la peau.

Le COMOD® permet de délivrer jusqu'à 300 gouttes environ. La quantité résiduelle de liquide dans le flacon permet une utilisation de HYLO®-GEL pendant un mois. L'utilisation de HYLO®-GEL ne nécessite aucune précaution particulière. L'utilisation de HYLO®-GEL ne nécessite aucune précaution particulière.

et les autres points.

Après utilisation, incliner la tête libre, éloigner de l'oeil et appuyer le centre du fond de la main sur la valve particulière de délivrance d'une goutte. S'assurer que l'oeil est bien protégé. Éviter tout contact de l'oeil ou la peau.

URSAPHARM

GEL