

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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°D: 15559

N° W19-416898

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4184 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HASSOUNI Khamar

Date de naissance : 21/5/36

Adresse : 20 Rue du Lybre ABADIR

Tél : 212-5 6118010 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BASSIERES Xavier**  
Ophtalmologiste  
325 Av. Hassan II Q.I. Agadir  
Tél: 05.28.84.24.90 Fax: 05.28.82.69.27  
Pte N° 48123249 I.F. : 75701120  
ophtalmaliab@gmail.com

Date de consultation : 03 DEC 2019

Nom et prénom du malade : HASSOUNI Khamar Age : 83

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : des cataractes

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. BASSIERES Xavier  
Ophtalmologiste  
325 Av. Hassan II Q.I. Agadir  
Tél: 05.28.84.24.90 Fax: 05.28.82.69.27  
Pte N° 48123249 I.F. : 75701120

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) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-416898

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

**MUPRAS**  
07 JAN. 2020  
ACCUEIL

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 DEC 2019	C		250,00	<p>INP: BASSIERES Agade</p> <p>Dr. Bassieres Agade</p> <p>Ophtalmologiste</p> <p>325 Av. Hassan I, S.I. Agade</p> <p>Tel. 05.28.84.24.90/Fax: 05.28.82.65</p> <p>Pte N° 48123248 I.F.: 757011</p> <p>ophthalmix@gmail.com</p>

Dr. Bassiouni  
Ophthalmologist  
325 Av. Hassan II, 2.1. Agadir  
Tel: 05.28.84.24.90 / Fax: 05.28.82.69.22  
Pte N° 48123245 I.F. : 75701120  
ophthalmix@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/12/2019	71371.007

[illegible][illegible]

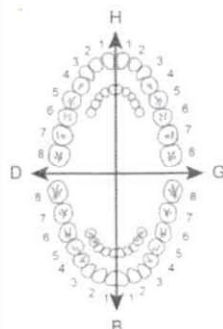
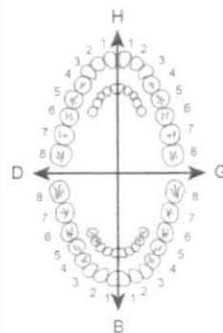
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <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>			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																	
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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  
TraitéesNature d  
Soins

Coefficient

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	C
	35533411	11433553	
	B		

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE  
Laser - Angiographie

325, Avenue HASSAN II  
Imm KABBAGE 1<sup>er</sup> Etage

TEL : 05-28-84-24-90  
FAX : 05-28-82-69-22  
Patente n° : 48123249  
E-mail : ophtamailxb@gmail.com

الدكتور با سير كزافيي ،  
طبيب العيون

الليزر - تصوير العيون

325. شارع الحسن الثاني  
عمارة القباج (الطابق الأول)

الهاتف 05-28-84-24-90  
الفاكس 05-28-82-69-22  
بوتنا 48123249

M. HASSOUNI Khamar

Agadir Le : 03/12/2019

Dans les deux yeux :

234.00 x 3

1/ GANFORT collyre : 1 goutte 2 fois par jour

147.00 x 3

1/ THEALOSE collyre : 1 goutte 3 à 4 fois par jour

76.00 x 3

2/ XAILIN collyre : 1 goutte 1 fois par jour le soir

Traitement : 03 mois

71371.00 #

Pharmacie AL AMAL  
Dr. EL MAJJI Saoud  
Imm. Tighmouch Cheikh Saadi  
Tél : 05.28.84.39.26  
Fax : 48322420 AGADIR  
Dr. BASSIERES Xavier  
Ophtalmologiste  
325 Av. Hassan II Q.I. Agadir  
Tél: 05.28.84.24.90/Fax: 05.28.82.69.22  
Pte N° 48123249 I.F. : 75701199

 **ALLERCAN**  
Allergan Pharmaceuticals Ireland  
Castlebar Road, Westport  
Co. Mayo, Irlande

**GANFORT® 0.3mg/ml + 5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



Distribué par les laboratoires AFKIC-PHAR

**PPV:234DH00**

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

92588MA

Flacon de 3 ml

 **GANFORT®**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml,  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol

Ouvert le :



 **ALLERCAN**  
Allergan Pharmaceuticals Ireland  
Castlebar Road, Westport  
Co. Mayo, Irlande

**GANFORT® 0.3mg/ml + 5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



Distribué par les laboratoires AFKIC-PHAR

**PPV:234DH00**

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

92588MA

Flacon de 3 ml

  
**GANFORT®**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml,  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol

Ouvert le :



 **ALLERCAN**  
Allergan Pharmaceuticals Ireland  
Castlebar Road, Westport  
Co. Mayo, Irlande

**GANFORT® 0.3mg/ml + 5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



Distribué par les laboratoires AFKIC-PHAR

**PPV:234DH00**

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

92588MA

Flacon de 3 ml

  
**GANFORT®**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml,  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol

Ouvert le :



E2762C10MAR/1016

Date de première ouverture

PPC : 147.00 DH

MA

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura,  
Maroc



25°C



 **Théa**

215513  
2021/04



E2762C10MAR/1016

Date de première ouverture

PPC : 147.00 DH

MA

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura,  
Maroc



25°C



 **Théa**

215513  
2021/04





E2762C10MAR/1016

Date de première ouverture

PPC : 147.00 DH

MA

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura,  
Maroc



25°C



STERILE A



 **Théa**



215513  
2021/04



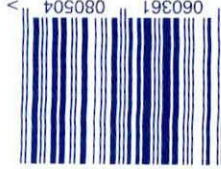
1230565

4-SDHY/2MD-24-MIE-CV1

Distribué par/ Vertriebs durch/  
Gedistribueerd door/ Distribuit de  
**VISUFARMA International**,  
2405 Route Des Dolines, Drakkar D,  
06560 Valbonne, France

**Medicom Healthcare Ltd.**,  
235 Hunts Pond Road,  
Fareham, Hampshire,  
PO14 4PJ, U.K.

**CE** 0120



PZN 10713511

5

**N** 20



**Xailin** HA

**Natriumhyaluronat**  
0,2% m/V Augentropfen  
Benetzender Schutz für  
Trockene Augen



KONSERVIERUNGSMITTELFREI  
IM AUGEN



10ml VISUFARMA



3T32749009



2019-04



2021-03

GUJ/DRUG/G/1080

**FR** Collyre. Lubrification et protection de l'œil contre les sensations de sécheresse oculaire. Peut être utilisé par les porteurs de lentilles de contact. Sans conservateur dans l'œil.  
**Contient:** Hyaluronate de sodium 0,2% p/v, perborate de sodium dans une solution.

**DE**

Tür

lins

Kor

Ent

Nat

geg

**NL**

min

gebi

Zone

oog.

Beva

natri

gebu

**RO**

Pi

lubrif.

ochiului uscat. Poate fi utilizat de purtătorii de lentile de contact. Fără conservanți la contactul cu ochiul.  
**Conține:** Hialuronat de Sodiu 0,2% m/v. Perborat de Sodiu, în soluție apoasă tamponată.

**OPHTALMED**  
**PPC**  
**94.00 DHS**



STERILE

A



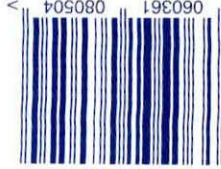
1230565

4-SDHY/2MD-24-MIE-CV1

Distribué par/ Vertriebs durch/  
Gedistribueerd door/ Distribuit de  
**VISUFARMA International**,  
2405 Route Des Dolines, Drakkar D,  
06560 Valbonne, France

**Medicom Healthcare Ltd.**,  
235 Hunts Pond Road,  
Fareham, Hampshire,  
PO14 4PJ, U.K.

CE 0120



PZN 10713511

5

20

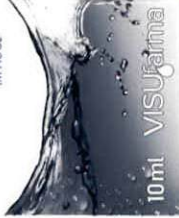


**Xailin** HA

Natriumhyaluronat  
0,2% m/V Augentropfen  
Benetzender Schutz für  
Trockene Augen



KONSERVIERUNGSMITTELFREI  
IM AUGEN



10ml VISUFARMA



3T32749009



2019-04



2021-03

GUJ/DRUG/G/1080

**FR** Collyre. Lubrification et protection de l'œil contre les sensations de sécheresse oculaire. Peut être utilisé par les porteurs de lentilles de contact. Sans conservateur dans l'œil.  
**Contient:** Hyaluronate de sodium 0,2% p/v, perborate de sodium dans une solution.

**DE**

Tür

lins

Kor

Ent

Nat

gep

**NL**

min

gebi

Zon

oog

Beva

natr

gebu

**RO**

Pi

lubrif

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

Poate fi utilizat de ochiului uscat. Poate fi utilizat de purtătorii de lentile de contact. Fără conservanți la contactul cu ochiul.  
**Conține:** Hialuronat de Sodiu 0,2% m/v. Perborat de Sodiu, în soluție apoasă tamponată.



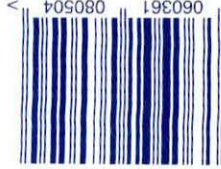
1230565

4-SDHY/2MD-24-MIE-CV1

Distribué par/ Vertriebs durch/  
Gedistribueerd door/ Distribuit de  
**VISUFARMA International**,  
2405 Route Des Dolines, Drakkar D,  
06560 Valbonne, France

**Medicom Healthcare Ltd.**,  
235 Hunts Pond Road,  
Fareham, Hampshire,  
PO14 4PJ, U.K.

CE 0120



PZN 10713511

5

20



**Xailin** HA

Natriumhyaluronat  
0,2% m/V Augentropfen  
Benetzender Schutz für  
Trockene Augen



KONSERVIERUNGSMITTELFREI  
IM AUGEN



10ml VISUFARMA



3T32749009



2019-04



2021-03

GUJ/DRUG/G/1080

**FR** Collyre. Lubrification et protection de l'œil contre les sensations de sécheresse oculaire. Peut être utilisé par les porteurs de lentilles de contact. Sans conservateur dans l'œil.  
**Contient:** Hyaluronate de sodium 0,2% p/v, perborate de sodium dans une solution.

**DE**

Tür

lins

Kor

Ent

Nat

geg

**NL**

min

gebi

Zone

oog.

Beva

natri

gebu

**RO**

Pi

lubrif.

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

Poate fi utilizat de ochiului uscat. Poate fi utilizat de purtătorii de lentile de contact. Fără conservanți la contactul cu ochiul.  
**Conține:** Hialuronat de Sodiu 0,2% m/v. Perborat de Sodiu, în soluție apoasă tamponată.



Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE  
Laser - Angiographie  
OCT



الدكتور باسيير كزافيي  
طبيب العيون  
الليزر - تصوير العيون

325. Avenue HASSAN II  
Imm KABBAGE 1<sup>er</sup> Etage  
TEL : 05-28-84-24-90  
GSM: 06-61-38-57-68  
IF : 75701120  
Patente n° : 48123249  
E-mail : ophtamailxb@gmail.com  
INPE : 041017823  
ICE : 001603059000068

325، شارع الحسن الثاني  
عمارة القباچ (الطابق الأول)  
الهاتف : 05 28 84 24 90  
06-61-38-57-68  
البتاننا : 48123249

## NOTE D'HONORAIRE N° 2422

Agadir le, 03 DEC, 2019

Nomet prénom : HASSOUNI KHAMAR

Honoraires : 250.20

Code de l'acte : C

Arrêté la présente note à la somme de Deux cent

Cinquante dirhams

**Dr. BASSIERES Xavier**  
Ophtalmologiste  
325 Av. Hassan II Q.I. Agadir  
05.28.84.24.90/Fax: 05.28.82.69.22  
06.61.38.57.68 IF: 75701120  
ophtamailxb@gmail.com