

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W21-604806

61562

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8495		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZZEZ		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 14 MARS 1965			
Adresse : MBITI KELLE			
Tél. : 0665238516		Total des frais engagés : 1828 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 06/02/2021	Age : 56
Nom et prénom du malade : ESSALHI ABDELAZZEZ	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : affle cœrule	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : 06/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/02/2021

VOLET ADHÉRENT
Déclaration de maladie
Remplissez ce formulaire
Il sera nécessaire de joindre à la déclaration :
réclamation
Coupon

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

MOOKTHAR ADI
Mahanidhi SISTE
Date : 05.37.2004
Page No. 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Uttawasaf Béchara tél : 05 37 80 64 49 SM : 05 44 49 66 16	06-02-2021	278,00

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text "Pharmacie Moustawsaf Bettana" at the top and "Sfax" at the bottom. Inside the circle, there is a handwritten signature "M" over "Moustawsaf". Below the signature, the text "Tel : 05 37 80 64 49" is printed. Underneath that, it says "GSM : 06 44 40 06 16". At the bottom of the stamp, it reads "Rue Doukkala, Bettana - Sfax".

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Seins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	0 Fевр 2021	Montus + Venes	1300			444

卷之三

VOLET ADHERENT

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

Le praticien est prié de préciser

Important:

Veuillez joindre les radiographies.

Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la Cataracte (phaco)

Angio-Laser , OCT, IVT

Ophtalmologie Pédiatrique



د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بالرباط وباريس

طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلاة (الفاكتور)

التصوير بالأشعة و الليزر

طب عيون الأطفال

06 février 2021

Mr. ESSALHI ABDELAZIZ

75,00

LEVOPHTA COLLYRE

1 gttte*3/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

HYE: COLLYRE

86,00

1 goutte 4 à 6 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

ZYLET : COLLYRE

117,00

1 goutte X 3 / j, dans les deux yeux, pendant 10 jours

278,00

Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, Imm1, Appt4, Lghrablia
Salé Tel : 05 37 84 54 43

Pharmacie Moustawaf Bettana
N°4 *
Tel : 05 37 80 49 49
GSM : 06 44 45 05 16
Dokkala, Bettana - Salé *

Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la Cataracte (phaco)

Angio-Laser , OCT, IVT

Ophtalmologie Pédiatrique



د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بالرباط وباريس
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الغلالة (الفاكو)

التصوير بالأشعة و الليزر

طب عيون الأطفال

06 février 2021

Mr. ESSALHI ABDELAZIZ

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50

OG = + 0.75

VP : ODG = Add : + 2.25



Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, imm.1, Appt.4, Lghrablia
Salé - Tel: 05 37 84 54 43





Nabil Zahri

Opticien Optométriste
Spécialiste en
Lentilles De Contacte

Salé, le

10 Fevr 2021

Facture N° 008347

INP

M. ESSALHI
ABDELAZIZ

Dr. 105010672

VISION LOIN

OD : Sph +0,50 Cyl Axe

OG : Sph +0,75 Cyl Axe

VISION PRES

Add +2,25

Add +2,25

Désignation

Prix

Monture : Plastique

04

300

Verres : Progressif Ergonomique Anti-reflet

04

1000

Lentilles :

Observation :

Cachet - Signature :

TOTAL

1300 04



10 Fevr 2021

MONTANT (en lettres)

Quatre mous cent
dinar



Hye

Sodium hyaluronate 0.4%

Lubricating ophthalmic solution

Solution ophthalmique lubrifiante

À base de hyaluronate de sodium 0,4%



10 ml
BOTTLE
FLACON
de 10 ml



Hye

Sodium hyaluronate 0.4%
Lubricating ophthalmic solution

Composition: Sodium hyaluronate 0.4%, dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride; sodium edetate; water WFI.

The lubricant, moisturising and protective qualities of sodium hyaluronate relieve irritation, dry, burning and foreign body sensations in the eyes due to environmental elements such as wind, sun, dry air, salt water, smoke, excessive light, air conditioning, heating, prolonged use of computer or ocular surgery, conjunctivitis, contact lens use.

The product should be used within 30 days from first opening.

Keep out of the reach and sight of children. The product is for external ophthalmic use only. Do not use after the expiry date.



FARMIGEA S.p.A.
Via G.B. Oliva, 8
56121 PISA, Italy/Italie

Importateur: BzS Health Services, Villa 44,
lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat



STERILE A

CE 0546



PPC 86,00 DH

LOT 0200820
EX 2022 06

FAVILLINI
2020
2



Bausch&Lomb
Laboratoire Chauvin

Collyre en suspension / جلعة معلقة
Levocabastine* * ليفocabاستين

% 0,05 ® ليفوفتا ٠,٥٪

INDICATIONS

Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes liés à une conjonctivite allergique (yeux rouges, qui démangent, qui larmoient, yeux et/ou paupières gonflées).

POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Lire attentivement la notice intérieure.
Ne pas conserver plus de 30 jours après ouverture du flacon.

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

حالات الاستعمال

يمُسْتَعْمَلْ هَذَا الْدوَاء لِعَلاَجِ الْأَعْرَاضِ الْمُرْتَبَلَةِ

* بِالْتَّهَابِ الْمُلْتَحَمِّهِ الْعَادِنَهِ إِلَىِ الْحَسَاسِيَّهِ

(احمرار العينين، حكة في العينين، رطوبة في

العينين، تورم العينين و/ أو الجفون).

Agiter avant emploi
 يجب خلطه قبل الاستعمال

Découverte de la recherche Janssen /

* اكتشاف بحث جانسن

المغایير والتغيير

اقرأ النشرة داخل العلبة بانتهاء قبل استعمال

لا يجوز استعماله أكثر من 30 يوماً بعد فتح

القارورة.

يحفظ بعيداً عن متناول ورؤية الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة أدنى من 25°C.

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

كن حذراً

تجنب القيادة قبل

قراءة النشرة



LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 75.00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

عيار/ LOT H5469
FAB/ تاريخ الإنتاج 01-2020
EXP/ تاريخ الانتهاء 12-2021