

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.

Biologie 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 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

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- 053186

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : 72 153

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LEMZAOU, M. A.

Date de naissance : 1946

Adresse : S. DI AYDI BP 3032 LAPOSTOLLE MAI FERRAH

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

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) :

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
15/09/21	CS		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/2021	543,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

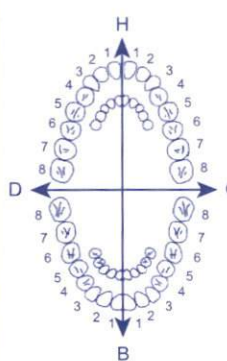
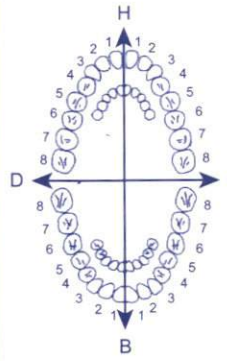
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان
أخصائي طب وجراحة العيون



15 septembre 2020

Mr. LEMZAOUI MOHAMMED



1/ DOXYMYCINE 100MG

1 comprimé par jour le soir, 1 Mois

2/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours puis attendre 12 jours.
(refaire la procédure 3 mois de suite)

3/ ICOMB COLLYRE

2 fois par jour, 21 jours

4/ NAVILIPO COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, 6 Mois

5/ CORNERGEL GEL

1 application le soir avant le coucher, 6 Mois

543,00



☎ **05 23 71 26 00** ☎ **07 67 224 295** ✉ **dr.badri.soufiane@gmail.com**

📍 **Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1, 1^{er} étage - Settat**
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة أحمد الحنصالي عمارة الأمل 1 الطابق الأول سطات

MAG3007A01.06.00*

Uniquement en pharmacie
AMM Allemagne n° 32475.00.00
DE Algérie n°
Numéro d'enregistrement en Tunisie : 2743021
AMM Maroc : 89/15/DMP/21/NNP

Titulaire et fabricant:
Dr. Gerhard Mann chem.-pharm. Fabrik
GmbH Brunsbütteler Damm 165-173,
13581 Berlin (Allemagne)



®/TM

نحن علامات تجارية لشركة بوش & لومب
إنكوربوريتد أو لشركتها الفرعية
© بوش & لومب إنكوربوريتد

أء لتسوية فقط
ت ألمانيا رقم 32475.00.00
م التسجيل بالمغرب
رقم التسجيل بتونس
صاحب الرخصة و الصانع:
Dr. Gerhard Mann chem.-pharm. Fabrik
GmbH Brunsbütteler Damm 165-173,
13581 Berlin (Allemagne)

Exp. تاريخ الانتهاء 07.2021
Date lab. تاريخ الإنتاج 07.2019
Lot رقم الحزمة 199



Composition : 1 g de gel ophtalmique contient 50 mg de dexpanténol.
Excipients : cétimide, carbomère (viscosité de 40 000-60 000 mPa.s),
édétate de sodium (Ph.Eur), hydroxyde de sodium, eau pour préparation
injectable q.s.p. 1 g.

المكونات: يحتوي 1 غ من هلام العين على 50 ملغ من ديكسانثينول
المساعدات: سترميد، كربومر (اللزوجة 40000-60000 mPa.s)، إديتات الصوديوم
(Ph.Eur)، هيدروكسيد الصوديوم، ماء لتحضير الحفن 2.5 غ

Indication: Pour les lésions cornéennes. Veuillez suivre les instructions
figurant sur la notice.

حالات الاستعمال: لأمراض القرنية. يرجى اتباع التعليمات الواردة في نشرة العبوة.

Usage ophtalmique. Conservez tous les médicaments dans un lieu sûr hors
de la portée et de la vue des enfants. Ne pas conserver plus de six semaines
après la première ouverture du tube. Ne pas conserver à plus de 25 °C.

للاستخدام على العين
احفظوا بكل الأدوية في مكان آمن بعيداً عن متناول و رؤية الأطفال.
ارم أية بقايا من هلام العين خلال سنة أسبوع من أول فتح للحاوية
لا يحفظ في درجة حرارة تفوق 25 درجة مئوية

49804P3300/2-MAG
31/07/2016
Zr. 20.05
CRA11N01

Corneregel™

5% ديكسانثينول / 5% DEXPANTHENOL

هلام عين / Gel ophtalmique

BAUSCH + LOMB

كورنيريجل

1 غ / 10 غ

Chaque ml contient :

Tobramycine 3,0 mg, Dexaméthasone 1,0 mg

Excipients à effet notoire : Chlorure de Benzalkonium

Bien agiter avant usage. Voie oculaire.

A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Lire attentivement la notice jointe.

Un produit fabriqué par Janjoom Pharmaceuticals Co.,

Jeddah, Arabie Saoudite

AMM N° : 520/17DMP/21/NRQ

Ophthalmics

bottle

30/ 30ml net Content - 30/ 30ml - 30/ 30ml - 30/ 30ml

جمجوم فارما
Janjoom Pharma



أيكومب®
(توبراميسين، ديكساميثازون)
معلق معقم للعين

ب
بوتيلي



12500798-055

Ne pas utiliser ce produit si vous présentez une réaction allergique à l'un des composants ou à l'un des excipients.

جدول A (Table A) (لا تخطئ)



ب
بوتيلي

كل 1 مل يحتوي على: 3,0 ملغ توبراميسين، 1,0 ملغ ديكساميثازون.

سوانات ذات مفعول معلمي: كلورور البيرازيكولونيم.

رج الموهبة جيداً قبل الإستعمال. عن طريق العين.

يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30° C.

يحفظ بعيداً عن ملامح ومواد متطاير الأطفال.

يبلغ الدواء بعد 4 أسابيع من فتح العبوة.

إنتاج: شركة جمجوم فارما للأدوية.

جدة، المملكة العربية السعودية.



جمجوم فارما
Janjoom Pharma

Icomb®

SUSPENSION OPHTHALMIQUE STÉRILE

ب
bottle

5 ml

أيكومب®
Icomb®

Lot: W N O 2 1 7
Fab: 1 2 1 9
Exp: 1 2 2 1

PPV: 30 DH 30

