

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.

Diagnostic 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- 053188

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LEMZAOUI MEJ

Date de naissance : 1986

Adresse : 5121 A7D1 BP 3032 LAPOSTOLAY FARRAH

JETTAF

Tél. : 067113090 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 LONGUE DUREE

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
08/05/21	C5		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi El Aydi N° 6 - Sidi El Aydi Tél : 0523 72 45 48	08/05/2021	502,30 D/T

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

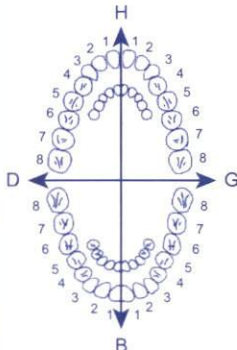
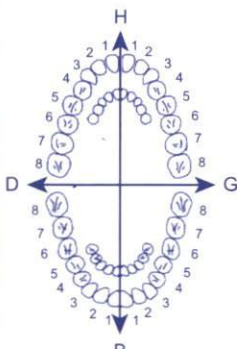
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>B</td><td></td></tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		
	H		H																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
		B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'ophtalmologie
Al-Badr

Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE



مركز طب و جراحة العيون
البدر

الدكتور بدري سفيان
أخصائي طب وجراحة العيون

لا نغير تاريخ الفحص ولا التاريخ الموجود على اوراق التعاضدية

08 mai 2021

Mr. LEMZAOUI MOHAMMED

1/ HYFRESH COLLYRE

1 goutte 5 fois et à la demande, 6 Mois

2/ XILOIAL ZERO COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, 6 Mois

3/ HYDRAMED NIGHT POMMADE

1 application le soir, 6 Mois

4/ DOXYMYCINE 100MG

1 comprimé par jour le soir, 6 Mois

5/ AZYTER. COLLYRE

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

6/ BLEPHAGEL

1 application matin et soir, 2 Mois

7/ DEXAFREE COLLYRE

Le Matin, 21 jours

☎ 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

المركز بادر سفيان
BADRI Soufiane Ophtalmologue
Chirurgien - Ophtalmologue
Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali,
imm Al-Amal 1, 1^{er} étage, Settat
05 23 71 26 00 INPE: 06 123 1239



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان
أخصائي طب وجراحة العيون

22 février 2021

Mr. LEMZAOUI MOHAMMED

Le patient est prévue pour une chirurgie de cataracte de l'œil gauche

Dr. BADRI Soufiane
Chirurgien - Ophtalmologue
Angle Bv Hassan 2 Rue Ahmed El Hansali,
imm Al-Amal 1, 1^{er} étage, Settat
05 23 71 26 00 INPE: 06 123 1257

☎ 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 الزول 1 الطابق الأول



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان
أخصائي طب وجراحة العيون

28/09/2020

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DR BADRI SOUFIANE, certifie avoir examiné ce jour Mr. LEMZAOUI MOHAMMED . Son état oculaire nécessite un traitement de sécheresse oculaire à vie.

Le présent certificat est délivré à l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

DR BADRI SOUFIANE

☎ 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 عهارة الأمل 1 الطابق النول سطات

الدكتور بدري سفيان
Chirurgien - Ophtalmologue
Certifié par le Collège National des Oculistes, Settat
05 23 71 26 00 INPE: 06 123 1233

٢٩ ١٢
DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

صحة 3 أشعة

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidosos
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبلع - لا ينفذ
احترم الجرعات الموصوفة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I - إلا بوصفة طبية

FR COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone..... 1 mg
Sous forme de phosphate sodique de
dexaméthasone pour 1 ml de solution.

LISTE DES EXCIPIENTS

Edétate disodique, phosphate disodique
dodécahydraté, chlorure de sodium, eau
pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

التركيبية AR

فوسفات الديكساميثازون..... 1 ملغ
في شكل فوسفات الصودي
الديكساميثازون ل 1 مل من المحلول.

قائمة السواغ

ايديتات ثنائي الصوديوم، فوسفات ثنائي
الصوديوم الاثنى عشر الاماهة، كلوريد
الصوديوم و ماء لتحضير الحقن

عن طريق العين.



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110, Essalmanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Lot / Fab / EXP



6L93
11/2019
11/2022

93300815

HyFresh

2mg/ml
Hydrochlorate de Sodium



Lubrifiant Oculaire
Collyre en solution stérile

10 ml
Jamjoom Pharma



HyFresh
Ophthalmics

كل 1 مل يحتوي على:
هيدروكلوريد الصوديوم 2 ملغ
موزيلات (مطبوقي الصمغ) 1 ملغ
مستحلبات لـ 15-25%
مستحلب في درجة حرارة الغرفة
مستحلب بعمق من 30 يوم في الفريزاج.
أقراص / مستحلبات / مستحلبات.

الاستخدام:
مستحلبات مستحلبة للوقاية
جودة: المستحلبة المستحلبة المستحلبة.

يوزع من طرف:

ب

HyFresh
Ophthalmics



مرطب للعين
قطرات العين - محلول معقم

10 مل
Jamjoom Pharma



HyFresh

Lot: 10 19
Fab: 1 2 2 2
Exp: 1 2 2 2
PPC: 130 DF: 50

HyFresh
Ophthalmics

Chaque 1 ml contient:
Hydrochlorate de Sodium 2 mg.
Principiens q.s.p. 1 ml.
ur usage oculaire.
nservier à 15 - 25°C.
pas laisser à la portée des enfants.
er 30 jours après ouverture.
attentivement la notice jointe.

produit fabriqué par
Jamjoom Pharmaceuticals Co.,
Jeddah, Arabie Saoudite

tribué par:

botu
S. Baccouch - Baccouch - Baccouch - Baccouch

دوكسىميسين

دوكسىميسين

ملغ 100

30 قرصا
متحلا

لابروفان
LAPROPHAN



DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 1100H00

EXP 02/2022
LOT 02013 2