

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-628750

78967

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11363 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MAHAMMA (EP ASSAD & ANDALUSI) FADWA

Nom & Prénom : MAHAMMA (EP ASSAD & ANDALUSI) FADWA

Date de naissance : 28/05/79

Adresse : 13 OASIS SQUARE SU apt 201 rue de l'Unité Casablanca

Tél : 06 68 67 7303 Total des frais engagés : 3622,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: D. ABDERRAZZAK MOHAMED ALI, 96 Avenue 2 Mars Residence, Casablanca, 0522 86 05 57]

Date de consultation : 08/05/2021

Nom et prénom du malade : MAHAMMA (EP ASSAD & ANDALUSI) FADWA

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

Nature de la maladie : PRESBYTIE

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
08-05-2021	Consultation	1	250,00	
2021	Spécialiste	1		

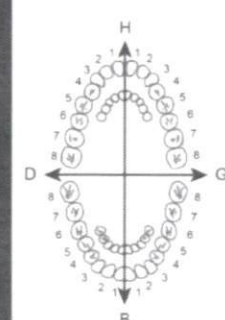
EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
08/05/2021	322,60
23/06/21	3050,01

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Traitées	Soins	Coefficient																
																			
<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></div>																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></div> <div>DATE DU DEVIS <input type="text"/></div> <div>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></div>
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mme ABBAD EL ANDALOUSSI FADOUA

22,60

FLUCON: collyre

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 5 jours

150,00 x 2

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

322,60

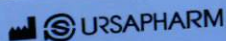
DR. BENABDERRAZIK Mohamed Ali
Ophtalmologiste
Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A N°6
Casablanca
Tél: 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58

PHARMACIE MARINE CALIFORNIE
Mme BENNOUVA Amal Horya
Centre Commercial
Tél: 0522 21 19 73 - Casablanca
ICE: 001727580000021

Casablanca, le _____

08/05/2021

HYLO-COMOD®



Industriestraße
66129 Saarbrücken
Allemagne

89 SZ CDB

3

HYLO-COMOD®

HYLO-COMOD®

HYLO-COMOD®

HYLO-COMOD®

Sans agents conservateurs



Hyaluronate de sodium
1 mg/ml

**Collyre
humidifiant**

**Collyre
humidifiant**

**Sans
agents conservateurs**

Compatible avec
tous types
de lentilles

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique

Pour améliorer l'hydratation de la
surface des yeux secs, ayant une
sensation de brûlure, ayant une
sensation de corps étrangers, en
pré et post opératoire, pour les
porteurs de lentilles de contact.



CE 0197

STERILE A

Sans agents conservateurs



Hyaluronate de sodium
1 mg/ml

**Collyre
humidifiant**

Distributeur:

KIT MED
33 Rue Lahcen Al Aarjouné,
Quartier des Hôpitaux
Casablanca / Maroc

Conserver à température ambiante.

- Ne pas utiliser plus de 6 mois
après ouverture.

Compatible avec
tous types
de lentilles

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique



4 031626 710369

URSAPHARM

URSAPHARM

URSAPHARM

URSAPHARM

150,00

31.1836
CDB



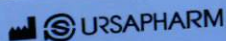
LOT

296964

150DH

PPC:

HYLO-COMOD®



Industriestraße
66129 Saarbrücken
Allemagne

89 SZ CDB

3

HYLO-COMOD®

HYLO-COMOD®

HYLO-COMOD®

HYLO-COMOD®

Sans agents conservateurs



Hyaluronate de sodium
1 mg/ml

**Collyre
humidifiant**

**Collyre
humidifiant**

**Sans
agents conservateurs**

Compatible avec
tous types
de lentilles

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique

Pour améliorer l'hydratation de la
surface des yeux secs, ayant une
sensation de brûlure, ayant une
sensation de corps étrangers, en
pré et post opératoire, pour les
porteurs de lentilles de contact.



CE 0197

STERILE A

Sans agents conservateurs



Hyaluronate de sodium
1 mg/ml

**Collyre
humidifiant**

Distributeur:

KIT MED
33 Rue Lahcen Al Aarjouné,
Quartier des Hôpitaux
Casablanca / Maroc

Conserver à température ambiante.

- Ne pas utiliser plus de 6 mois
après ouverture.

Compatible avec
tous types
de lentilles

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique



4 031626 710369

URSAPHARM

URSAPHARM

URSAPHARM

URSAPHARM

150,00

31.1836
CDB



LOT

2 9 6 9 6 4

1 5 0 D H

PPC:



07 2024

Exp : 9 K F S 1 A

Lot :

FLUCON®
COLLYRELABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

A.M.M. N° 103DM/P21/NCV

Flucon collyre de 3 ml

6 118001 070244

Fabriqué par
ALCON CUSI, S.A.
E-08320 El Masnou - BarceloneA-80
889188

FLUCON® COLLYRE

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance



3400932420285

FLUCON®
COLLYRE
Fluorométholone

Médicament autorisé n° 3400932420285

Alcon®

05

FLUCON® COLLYRE

Voie locale
EN INSTILLATION OCULAIRE**COMPOSITION :**Fluorométholone 0,1 g
Chlorure de benzalkonium... 0,01 g
Phosphate monosodique,
phosphate disodique anhydre,
polysorbate 80, chlorure de
sodium, tétracémate de sodium,
alcool polyvinyle, méthyl-
hydroxypropylcellulose, acide
chlorhydrique et/ou hydroxyde
de sodium pour ajuster le pH,
eau purifiée q.s.p. 100 ml

Flacon compte-gouttes de 3 ml.

**EXCIPIENT AYANT UN EFFET
NOTOIRE :**

Chlorure de benzalkonium.

Se reporter à la notice à
l'intérieur de l'étui.**BIEN AGITER LE FLACON
AVANT CHAQUE EMPLOI.**Tout flacon entamé doit être
utilisé dans les 28 jours.**TENIR HORS DE LA PORTEE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

© 2010, 2011 Novartis



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),

Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mme ABBAD EL ANDALOUSSI FADOUA

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis

OD = (- 0.25 à 180°)

OG = (- 0.50 à 175°)

Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPTALMOLOGISTE
9, Avenue 2 Mars, Résidence Walili Imm. A N°6
0522.86.05.57 / 58
Casablanca

CHRONOVISION CASA
Opticien-Optométriste
Centre Commercial Marjane
Californie - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 50 02 20

Casablanca, le

08/05/2021

CHRONOVISION - CASA

Centre Commercial Marjane
Californie - Casablanca
Tél & Fax : 05 22 50 02 20

Facture

N° 003495

16

Nom : M^{me} ABBAD EL ANDALOUSSI

Prénom : FADWA

Casablanca, le : 22/08/2021

Désignation	Quantité	P.U. T.T.C	Montant T.T.C
the Martin cap	1	2050	2050
2 Vêtements An sleeve			
cd (180 - a.25)	1	500	500
cd (180 - a.50) pc	1	500	500
CHRONOVISION - CASA Opticien-Optométriste Centre Commercial Marjane Californie - Casablanca Tél/Fax : 05 22 50 02 20 ICE (001774797000036)			

Dont T.V.A. 20% : 508,33

Total T.T.C

3054,-

Règlement par : puy

la présente facture est arrêtée à la somme de : trois Mille cinq cent quatre