

## 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

- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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)      Matricle : 11363      Société : ROYAL AIR MAROC

Actif       Pensionné(e)       Autre : MAHAMMA (EP ABRAHIM EL ANDAWISH) FADIMA

Date de naissance : 28/05/79      Nom & Prénom : RS OASSIS SQUARÉ BU apt 201 nte bâtiunne-

casablanca      Tél. : 06 68 67 73 03      Total des frais engagés : 36.22,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin : 26/05/2019

Cachet du médecin : DR HABIB ALLAL MOHAMED ALLI

Date de consultation : 08/05/2019      Nom et prénom du malade : MAHAMMA (EP ABRAHIM EL ANDAWISH) fadima

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant : PRESBYTIE

Nature de la maladie : 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) :

| EXECUTION DES PRESCRIPTIONS            |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| 08/05/2021                             |      | 322,60                |
| 93/06/21                               |      | 3050,01A              |

| ANALYSES RADIGRAPHIQUES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     |                                    |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |

#### 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 | Cumulant                |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|------------------------------|----------|--|-------|-------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|
|                              |          |  |       |                         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Coefficient des travaux |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Montants des soins      |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Début d'exécution       |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Fin d'exécution         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
| O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES |          | <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |       |                         | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  |  | B | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  |  | G | 35533411 | 11433553 |
| H                            | 25533412 | 21433552   |       |                         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
| D                            | 00000000 | 00000000   |       |                         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
| <hr/>                        |          |  |       |                         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
| B                            | 00000000 | 00000000   |       |                         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
| <hr/>                        |          |  |       |                         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
| G                            | 35533411 | 11433553   |       |                         |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Coefficient des travaux |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Montants des soins      |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Date du devis           |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |
|                              |          |  |       | Date de l'exécution     |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بليج (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

180,  $\infty$  x2

## HYLOCOMOD: COLLYRE

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

322, 60

Mr. HENABDERRAK MOLCISTE  
Dr. HENABDERRAK MOLCISTE  
36 Avenue ZMARS RESIDENCE 66 05 57 05 22 66 05 38  
36 Avenue ZMARS RESIDENCE 66 05 57 05 22 66 05 38  
Les Sablance  
M. N° 6

## Casablanca , le

08/05/2021

96. شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة أ، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

المستعجلات : Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21

INPE-091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046

# HYLO-COMOD®

 **URSAPHARM**  
Industriestraße  
66129 Saarbrücken  
Allemagne

BD 7568

3

# HYLO-COMOD®

Sans agents conservateurs

## Collyre humidifiant

Compatible avec tous types de lentilles

**10 ml**  
de solution stérile sans phosphate pour voie ophtalmique

# HYLO-COMOD®

Hyaluronate de sodium  
1 mg/ml

## Collyre humidifiant

Sans agents conservateurs

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.

 0197

 STERILE A

# HYLO-COMOD®

Sans agents conservateurs

## Collyre humidifiant

Compatible avec tous types de lentilles

**10 ml**  
de solution stérile sans phosphate pour voie ophtalmique

# HYLO-COMOD®

Hyaluronate de sodium  
1 mg/ml

### Distributeur:

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

Conserver à température ambiante.

- Ne pas utiliser plus de 6 mois après ouverture.

4 031626 710369

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

150,00



202707

LOT

296964

PPC:

150 DH

31.1836  
CDB

# HYLO-COMOD®

 **URSAPHARM**  
Industriestraße  
66129 Saarbrücken  
Allemagne

BD 7568

3

# HYLO-COMOD®

Sans agents conservateurs

## Collyre humidifiant

Compatible avec tous types de lentilles

**10 ml**  
de solution stérile sans phosphate pour voie ophtalmique

# HYLO-COMOD®

Hyaluronate de sodium  
1 mg/ml

## Collyre humidifiant

Sans agents conservateurs

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.

 0197

 STERILE A

# HYLO-COMOD®

Sans agents conservateurs

## Collyre humidifiant

Compatible avec tous types de lentilles

**10 ml**  
de solution stérile sans phosphate pour voie ophtalmique

# HYLO-COMOD®

Hyaluronate de sodium  
1 mg/ml

### Distributeur:

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

Conserver à température ambiante.

- Ne pas utiliser plus de 6 mois après ouverture.

  
4 031626 710369

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

*150,00*



2027-07

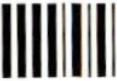
LOT

296964

PPC:

150 D.H

31.1836  
CDB



07 2021

GKFST1A  
Exp : 07/2021

Lot :

## FLUCON® COLLYRE

A-80  
889180

05

FLUCON® COLLYRE

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I. Uniquement sur ordonnance



3400932420285

FLUCON®  
COLLYRE  
Fluorométholone

Médicament autorisé n° 3400932420285

Alcon®

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, tétracétamate 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

6 118001070244  
**Flucon collyre de 3 ml**  
 A.M.M. N° 103DMP/21/INCV  
 Laboratoires Sothema  
 PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
 406865

Fabriqué par  
 ALCON CUSÍ, S.A.  
 E-08320 El Masnou - Barcelone





الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلیاج (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  
OPTICALMOLOGISTE  
3, Avenue 2 Mars Résidence Walili Imm. A N°6  
Casablanca 90000  
Tél: 0522.86.05.57 / 0522.86.05.58  
Fax: 0522.86.05.55

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

Casablanca , le

08/05/2021

96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
0522.86.05.57 الشقة 6 الطابق 2 ، الدار البيضاء - الهاتف : 58 / 58 شارع 2 مارس، إقامة واليلي العمارة،

المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 06 64 17 10 21 - Tél : 0522.86.05.57 / 58

INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046

## **CHRONOVISION - CASA**

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

## Facture

Nº 003495

16

Nom : Mme ARBAD EL Amdouni

Prénom : FADOUA

Casablanca, le : 27 octobre 1971

| Désignation   | Quantité | P.U. T.T.C | Montant T.T.C |
|---|----------|------------|---------------|
| 1. Le Montre optique  | 1        | 2050       | 2050          |
| 2. Verres de lunettes   | 1        |            |               |
| CD (180 m², 21)   | 1        | 500        | 500           |
| CF (185 m², 5.0) / 2  | 1        | 500        | 500           |
| <br><b>CHRONOVISION SA</b><br>Opticien-Optométriste |          |            |               |

Dont T.V.A. 20% : 508.30

### Total T.T.C

3050,-

Réglement par : Peyre

la présente facture est arrêtée à la somme de : Trav. M. le comte de S...