

## 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 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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## 40 NIF Déclaration de Maladie

N° W19-578869

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7585

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BANKI B DUSS

Date de naissance :

30.06.1982

Adresse :

HAY I HSSAM N° 30 Dcheina Inezgane  
Bate postal 1001 principal Inezgane

Tél. :

0610 60 06 03

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07.06.2021

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection cardiaque, vice de fermeture

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

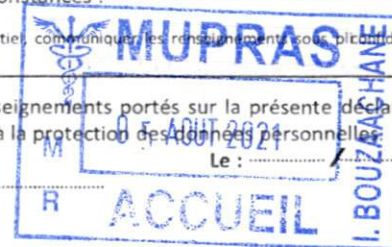
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578869

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule :


Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :


Date de dépôt :



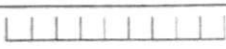
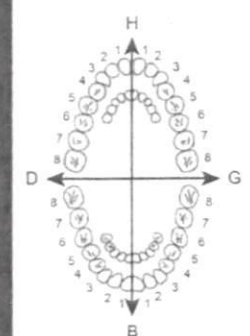

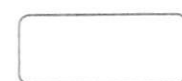
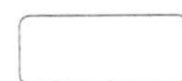
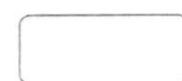
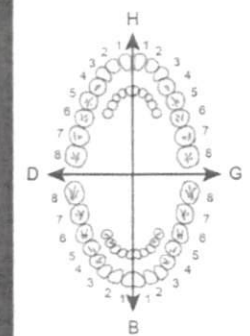


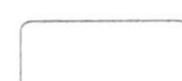

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07.06.21	cts		4 250,04	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.06.21	30280

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	
	16/06/2021					1300,00 - DH

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
				MONTANTS DES SOINS 														
				DEBUT D'EXECUTION 														
				FIN D'EXECUTION 														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX 
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 ADRAOUI Abdelâlime

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de cataracte «Phacoémulsification» et Chirurgie réfractive (Esaso / Lugano - Suisse)
- Topographie cornéenne - Contactologie
- Ophtalmologie Pédiatrique - Strabologie
- Pathologie Rétinienne « Angiographie - OCT - Laser » (Lariboisière / Paris France)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Membre de l'American Academy of Ophthalmology



## الدكتور عدراوي عبد العليم إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

- جراحة المياه البيضاء - الجلطة وتصحيح النظر بالليزر ( دبلوم اساتذ / اوكالو - سويسرا )
- أمراض القرنية - العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال - طب الحول
- علاج الأمراض الشبكية - تصوير أوعية الشبكية و الليزر ( دبلوم لاريبوازيير / باريس فرنسا )

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون  
عضو الجمعية الأمريكية لأمراض العيون

**07/06/2021**

Inezgane , le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



6 118001 070404  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHS



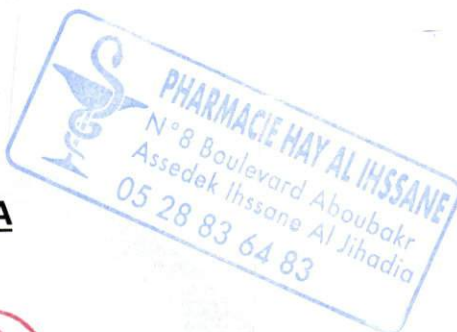
6 118001 070442  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP  
PPV : 90,70 DHS

407252



6 118001 070442  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP  
PPV : 90,70 DHS

**AATAB AICHA**



### 1. HYE collyre

1goutte\*3/j (ODG) pdt 02mois

### 2. MAXIDROL PDE

1app le soir (ODG) pdt 10jours

### 3. OPATANOL collyre

1goutte\*2/j (ODG) pdt 02mois

الدكتور عدراوي عبد العليم  
Docteur ADRAOUI Abdelâlime  
3ème étage N° 25  
Bd. Med V, Imm Amanar - Tél : 0528 333 633

شارع محمد الخامس - عمارة أمانار (بالمسجد)، الطابق 3 رقم 25 أمام بلدية إنزكان، فوق مصرف المغرب - إنزكان  
Bd . Med V, Imm Amanar , 3ème étage N° 25 (en face de la municipalité) , INZGANE  
Tél : 0528 333 633 - Gsm : 06 69 50 86 22 - E-mail : drabdelalime@gmail.com



## Docteur ADRAOUI Abdelâlime

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de cataracte «Phacoemulsification» et Chirurgie réfractive (Esaso / Lugano - Suisse)
- Topographie cornéenne - Contactologie
- Ophtalmologie Pédiatrique - Strabologie
- Pathologie Rétinienne « Angiographie - OCT - Laser » (Lariboisiere / Paris France)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Membre de l'American Academy of Ophthalmology



## الدكتور عدراوي عبد العليم

### إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

- جراحة المياه البيضاء - الجلطة وتصحيح النظر بالليزر ( دبلوم إسازو / لوكاتو - سويسرا )
- أمراض القرنية - العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال - طب الحول
- علاج الأمراض الشبكية - تصوير أوعية الشبكية والليزر ( دبلوم لاريبوازيير / باريس فرنسا )

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون  
عضو الجمعية الأمريكية لأمراض العيون

Inezgane , le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**07/06/2021**

### AATAB AICHA

Lunettes de correction optique pour VL et VP en  
verres séparés. Verres organiques et antireflets

VL : OD : +1.00 (-0.50 à 30)

OG : +0.50 (-0.50 à 145)

+ADD : +2.75

**EIP : 61 (PRIERE DE BIEN CENTRER LES VÉRRES)**

**AZOUZI OPTIC**  
Opticien - Optométriste  
N° 1 Rue Idabutanane  
Av. Med. V - INEZGANE  
Tél: 05 28 33 89 33

الدكتور عدراوي عبد العليم  
Docteur ADRAOUI Abdelâlime  
Ophtalmologiste  
Bd Med V - Imm Amanar - 3ème étage N° 25  
INZGANE - Tél: 0528 333 633

شارع محمد الخامس - عمارة أمانار (بالمصعد)، الطابق 3 رقم 25 أمام بلدية إنزكان، فوق مصرف المغرب - إنزكان  
Bd . Med V, Imm Amanar , 3ème étage N° 25 (en face de la municipalité) , INZGANE  
Tél : 0528 333 633 - Gsm : 06 69 50 86 22 - E-mail : drabdelalime@gmail.com

# Azouloptic

Opticien - Optométriste

FACTURE N° :16062021/2

Le : 16/06/2021

**AATAB AICHA**

Vision de loin : OD : +1.00 (-0.50 à 30°)  
: OG : +0.50 (-0.50 à 145°)

Vision de près: ODG : ADD : +2.75

VERRES : progressifs organique photochromique	1200.00 DHS
<u>MONTURE :</u>	<u>100.00 DHS</u>
TOTAL :	1300.00 DHS

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE  
TROIS CENT DIRHAMS

Azouloptic  
Opticien - Optométriste

N

N°1 ; RUE IDAOUTANANE BD.MED.V.INZEGANE-TEL : 05.28.83.89.33

RC 7747 Patente 49337958- IF 6903965- ICE 001460220000001 CNSS 8908123 INPE 045007143

AZOULOPTIC  
Opticien - Optométriste  
N°1 Rue Idaoutanane  
Av. Med. V. INZEGANE  
TEL: 05 28 83 89 33



8 032668 870147

STERILE

CE 0546



# Hye

## Solution ophtalmique lubrifiante

À base de hyaluronate de sodium 0,4%

**Composition:** Hyaluronate de sodium 0,4%, Phosphate de sodium monobasique, Phosphate de sodium dibasique, Chlorure de sodium, Edétate de sodium, Chlorure de benzalkonium, Eau pour préparations injectables.

Les propriétés humectantes et protectrices de l'acide hyaluronique soulagent les yeux dans le cas d'irritation, de brûlure et de sensation de corps étranger due à des facteurs environnementaux comme le vent, le soleil, l'air sec, l'eau salée, la fumée de cigarette, la lumière intense, l'air climatisé, le chauffage, l'utilisation prolongée de l'ordinateur, "ou bien" la chirurgie oculaire, la conjonctivite ou l'utilisation de verres de contact.

Ne pas utiliser au-delà de la date d'expiration.

Le produit doit être utilisé dans les 30 jours qui suivent la première ouverture du flacon.

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

Le produit est à usage ophtalmique externe exclusivement.



# Hye

## Sodium hyaluronate 0.4%

Lubricating ophthalmic solution

## Solution ophtalmique 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:** B2S Health Services, Villa 44,  
lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat

PPC 99,00 dh

LOT



6611020  
2022 1J

