

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Nº M21- 070140

Maladie Dentaire Optique Autres

86691

1679

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> <tr> <th>DROITE</th> <th>GAUCHE</th> <th>25533412 00000000</th> <th>21433552 00000000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>HAUT</th> <th>BAS</th> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						H	G	DROITE	GAUCHE	25533412 00000000	21433552 00000000	HAUT	BAS	00000000 35533411	00000000 11433553
		H	G														
DROITE	GAUCHE	25533412 00000000	21433552 00000000														
HAUT	BAS	00000000 35533411	00000000 11433553														
Visa et cachet du praticien attestant la date		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0062211		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 17 / 0062211

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1679	 Signature de l'adherent
Nom & Prénom : AKRAZENE Mohamen		Fonction : Retraite	
Mail : Makraken@gmail.com			
MEDECIN <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		Prénom du patient : 200GAGH Nasera	Date : 30-09-2021
Nature de la maladie : vis de défractio		Date 1ère visite :	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Non			
Nature des actes c.s		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 300,00
PHARMACIE Montant de la facture INP 146754		Date : 30-09-2021 414,70	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires			
			
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre AM PC IM IV		Date Montant détaillé des Honoraires	
			

CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX

Al Qods Califorrie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز وجراحة العيون
(القدس كاليفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

(مختصة في أمراض وجرح العين)

دبلوم وجراحة الجلاة والليزر

وتقدير البصر من جامعة فيكتور سكانن ببوردو
العدسات الصلبة واللينة

جراحة مجازي الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le jeudi 30 septembre 2021

PPC: 135,00

LOT E 02 - 21
06 / 2024

Madame ZOUGAGH Nassera

Pharmacie Oued Zal Makhazine
Mohamed Diouri Pharmacie BENNANI
10 Bd Al Qods Casablanca 2nd floor - Ain Chot - Casablanca
T +212 522 522 526 - E-mail : hanan.mazzouz@gmail.com

Zalerig 0,25 mg/ml
Lot / Fab / EXP.

6/2024
1118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amina DAOUDI



CD 99,00
- PHYLARM : à utiliser refroidi dans l'oeil gauche
Lavage oculaire le matin à midi le soir 15 jours

CD 77,00
- ZALERG : collyre dans les 2 yeux
1 goutte 4 fois par jour 2 mois

CD 13,00
- EOL DUAL : dans les 2 yeux
1 goutte 4 fois par jour 2 mois.

CD 10,50
- CROSS collyre unidose dans l'oeil gauche
1 goutte 3 fois par jour 10 jours

Tel : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 55 14 88

شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Califorrie, 2nd étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

PhyLarm

Solution stérile pour usage oculaire

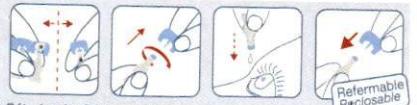


16 unidose[®]

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

10 ml

**À
dis
que l'œil est
irrité**



- 1-Détachez le récipient unidose.
 - 2- ouvrez-le en tournant puis en soulevant le capuchon de fermeture.
 - 3- Instiller 2 gouttes dans chaque œil en pressant doucement l'unidose.
 - 4- Après utilisation, fermez immédiatement le récipient unidose.
- Le contenu doit être utilisé dans les 12 heures suivant la première ouverture.

- 1- *Detach the single-dose container from the strip.*
 - 2- *Open the single-dose container by turning and then lifting off the closing cap.*
 - 3- *Instill 2 drops in each eye by gently squeezing the single dose.*
 - 4- *After use immediately close the single-dose container.*
- The content must be used within 12 hours after the first opening.*

CROSS est une solution ophthalmique stérile avec un pH physiologique basée sur une technologie protégée de l'acide hyaluronique réticulé (Crosslinked) par des liaisons croisées de l'acide hyaluronique (AH) avec l'urée ce qui améliore les qualités spécifiques de l'AH de base le rendant plus résistant à la dégradation par l'hyaluronidase. D'où son action plus importante et plus prolongée que l'AH simple.

Grâce à ses capacités supérieures et prolongées d'hydratation, de lubrification, de ré-épithérialisation et de réparation de la surface de la cornée, CROSS procure un soulagement rapide (dès les premiers moments d'utilisation) et un confort durable en cas de sécheresse oculaire, syndrome sec, irritation, fatigue dues aux facteurs inflammatoires, environnementaux, chirurgie oculaire ou blépharite chronique.

CROSS est adapté à une utilisation quotidienne de jour comme de nuit. Ne contient pas de conservateurs, produits anti-inflammatoires ou vasoconstricteurs.

CROSS is a sterile solution for ophthalmic use with a physiological pH, based upon a patented technology of cross-linking Hyaluronic Acid (HA) with Urea, therefore enhancing and improving the specific mechanical properties of native HA, resisting to hyaluronidase degradation much longer than native HA, thus with higher and prolonged lubricant and hydrating action.

Thanks to its higher and long lasting properties of lubricating, hydrating, re-epithelializing and corneal surface repairing properties, CROSS provides immediate comfort (in the first moments) and lasting relief to ocular dryness due to dry eye syndrome, irritated or tired eye in case of inflammatory conditions or environmental factors, eye surgery and chronic blepharitis. CROSS is suitable for everyday use, daily and night-time.

It does not contain preservatives and/or molecules with anti-inflammatory or vaso-constrictive actions.

Distribué par / Distributed by:

E-PROM PHARMA
Rue Amyot Q.H.
Casablanca - Maroc (Maroc)
COC Farmaceutici S.r.l.
Via Modena 15, 40199 - Sant'Agata
Bolognese (BO) - Italy (Italia)

CROSS®

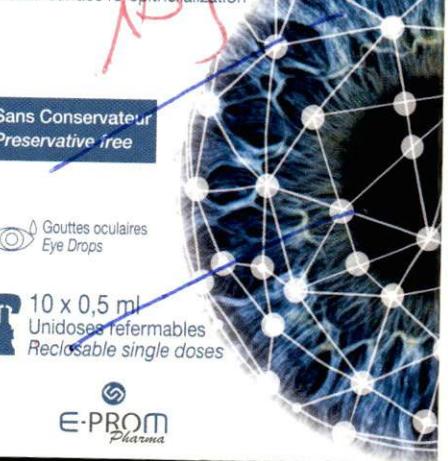
Acide Hyaluronique Réticulé
CrossLinked Hyaluronic Acid

0,4%
(4 mg/ml)

Soulagement de la sécheresse oculaire
Ré-épithérialisation de la surface oculaire

Relief of eyes dryness

Ocular surface re-epithelialization



E-PROM
Pharma

016994

LOT

R C 0 1 2 0
2 0 2 3 / 1 0

PPC:105,00



COMPOSITION: Solution aqueuse de polymères croisés d'hyaluronate de sodium (contenant 4% de polymère croisé hyaluronique de sodium). Eau Pour Injection-Sans conservateur, acide 2N, Chlorure de sodium, Eau Pour Injection-MODE: UTILISATION / PRESCRIPTIONS ET MISES EN GARDES AVANT UTILISATION: Voir les instructions dans le prospectus. A conserver entre 2°C et 30°C dans de la chaleur et exposition directe aux rayons solaires. VALIDITÉ: A utiliser avant la date de péremption mentionnée sur la boîte.

FAVILLINI
2020