

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 1052214

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : 88896

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL SAH Tounia

Date de naissance : 10-12-1955

Adresse :

Tél. : 0661321737 Total des frais engagés : MUPL S Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2 oct 2021

Nom et prénom du malade : EL SAH Tounia 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
10/05/2021	SfR	K10	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/18/21	257,80

[illegible]

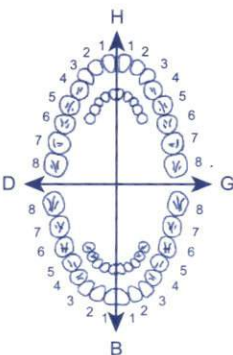
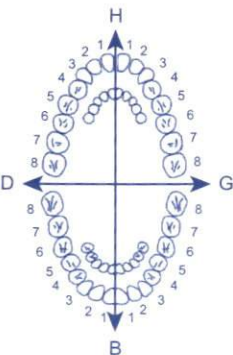
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p><b>LENTILLE REFLET SAR</b></p> <p>OPTICIEN-OPTOMETRISTE</p> <p>LE MAG N° MA2 REZ DE CHAUSSEE</p> <p>RD ALFARALIN BOULAKRAK OBLI</p> <p>ALFARA 13.89/86.28 CASABLANCA</p> <p>ALFARA</p> <p>76.73.89</p>	02/09/21			(Monture + Verres)		7000 Dhs

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

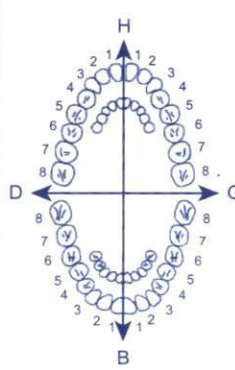
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

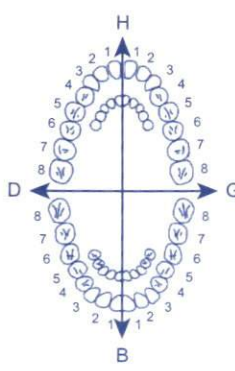
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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"/>														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;"><b>D</b></td> <td style="padding: 2px 10px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>H</b>																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<b>D</b>	<b>G</b>																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>B</b>																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Flucen collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

Fabrique par  
ALCON CUSI, S.A.  
E-08320 El Masnou - Barcelone

PPV: 63,50 DH



# مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

**د. عبد اللطيف زكريا،**

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

طبيب القوات المسلحة الملكية

02 août 2021

**MR EL SAFI TOURIA**

**LARMABAK: collyre**

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, pendant 3 Mois

**ALERCHEK COLLYRE**

1 GOUTTE X 2 PAR JOUR PENDANT 2 MOIS

**FLUCON: collyre**

1 goutte 3 fois / jour, pendant 10 jours

Agrée Pour le Permis de Conduire

معتمد لرخصة السياقة

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

## FR Larmabak 0,9 %

### Composition :

Chlorure de sodium..... 0,900 g  
Pour 100 ml de collyre.

### Liste des excipients :

Hydrogénophosphate de sodium  
dodécahydraté,  
dihydrogénophosphate de sodium  
dihydraté, eau pour préparations  
injectables.

### VOIE OPHTALMIQUE.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE  
PORTÉE LA DES ENFANTS.

### Indications d'utilisation :

Le médicament est préconisé pour  
soulager les symptômes d'irritation  
liés à la sécheresse oculaire (quand il  
existe une insuffisance de larmes).

conserver à une température ne  
passant pas 25°C.  
ne pas conserver le flacon entamé  
au-delà de 8 semaines.

la notice avant utilisation.  
pas injecter, ne pas avaler.  
dicament non soumis à  
scription médicale.

dicament autorisé

400933817930

AMM Maroc n° :

1616/DMP/21/NRQDNM



16.

Date de première ouverture /  
تاريخ فتح العبوة لأول مرة

Posologie :  
المقادير :

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

الملك / الشيف: جعفر بيا  
12، شارع لويس بلير  
63017 كل مونت-فيراند  
المنتج: إيسيل فزيوت  
شارع لويس بلير  
07100 أنونواي فرنسا

Truhtaire / Exploitant : LABORATOIRES THEA  
12, rue Louis Blériot  
63017 CLERMONT-FERRAND Cedex 2  
FRANCE  
Fabricant : EXCELVISION  
Rue de la Lombardière  
07100 ANNONAY FRANCE

12, rue Louis Blériot  
63017 CLERMONT-FERRAND Cedex 2  
FRANCE

AR 0.9 % لارمابك

تتركيبية:

100 مل من محلول قطرات العين  
0,900 غ



قطرات جينو فوسفات الصوديوم  
توديكا هيدراتي ، ديهيدرو جينو فوسفات  
الصوديوم ثنائي الاملاح ، ماء  
المستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين  
يتترك بعينها عن رؤية و متتارل الأخطال

لدواعي الإستعمال:

يوصى باستعمال هذا الدواء لتخفيف  
أعراض التهاب الناتج عن جفاف العين  
( نظار ) عدم توفر الدموع بكمية كافية).

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25  
درجة مئوية.  
لا تحتفظ بالعبوة بعد استعمالها لأكثر  
من 8 أسابيع.

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

لا يحقن و لا يبلع.

يسلم هذا الدواء دون وصفة طبية.

MA رقم التسجيل بالغرب

181/19/DMP/21/NRQDNM



# FR Larmabak 0,9 %

## Composition :

Chlorure de sodium..... 0,900 g  
Pour 100 ml de collyre.

## Liste des excipients :

Hydrogénophosphate de sodium  
dodécahydraté,  
dihydrogénophosphate de sodium  
dihydraté, eau pour préparations  
injectables.

## VOIE OPHTALMIQUE.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE  
PORTÉE LA DES ENFANTS.

## Indications d'utilisation :

Le médicament est préconisé pour  
soulager les symptômes d'irritation  
liés à la sécheresse oculaire (quand il  
y a une insuffisance de larmes).

Conserver à une température ne  
passant pas 25°C.  
Ne pas conserver le flacon entamé  
au-delà de 8 semaines.

À la notice avant utilisation.  
Ne pas injecter, ne pas avaler.  
Le médicament non soumis à  
prescription médicale.

Médicament autorisé

400933817930

AMM Maroc n° :

1616/DMP/21/NRQDNM

**Théa**

16.

Date de première ouverture /  
تاريخ فتح العبوة لأول مرة

Posologie :  
المقادير :

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

تمالك / التماثل : مخبر ثيا  
12، شارع لويس بلير  
63017 كل مونت-فيرانكس 2  
المنتج : إسميل فلوريون  
شارع لويس بلير  
07100 أنونواي فرنسا

Titulaire / Exploitant : LABORATOIRES THEA  
12, rue Louis Blériot  
63017 CLERMONT-FERRAND Cedex 2  
FRANCE  
Fabricant : EXCELVISION  
Rue de la Lombardière  
07100 ANNONAY FRANCE

# AR لارمباك 0,9 %

تحتكره:

100 مل من محلول قطرات العين  
0,900 غ



قطرات جينو فوسفات الصوديوم

توتيكابيرتي ، ديهيدرو جينوفوسفات

الصوديوم ثنائي الإماهة ، ماء

المستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين

يتترك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال

لداوي الإستعمال:

يوصى باستعمال هذا الدواء لتخفيف

أعراض التهاب الناتج عن جفاف العين

( نظرا لعدم توفر النوع بكمية كافية).

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25

درجة مئوية.

لا تحتفظ بالعبوة بعد استعمالها لأكثر

من 8 أسابيع.

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

لا يحق ولا يبلع.

يسلم هذا الدواء دون وصفة طبية.

MA رقم التسجيل بالغرب

181/19/DMP/21/NRQDNM

محافظة القاهرة

conservateur

Sans

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل

١٠ مل فليكون في ١٠ مل



# مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France  
Membre de la Société française d'ophtalmologie  
Certificat Moorfield Londres  
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche  
Forces Armées Royales

**د. عبد اللطيف زكريا**

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن  
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا  
طبيب القوات المسلحة الملكية

02 août 2021

**Mr EL SAFI TOURIA**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques

VL : OD = + 3.50 (- 1.50 à 90°)

OG = + 3.25 (- 1.25 à 70°)

VP : ODG = Add : + 3.00

LENTILLE REFLET SARI.  
OPTICIEN-OPTOMÉTRISTE  
MAG N° MA2 REZ DE CHAUSSE  
RES ALFARAJ AV ABOURAKRAK OULFI  
Tél: 06.79.89.86.23 CASABLANCA

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com





Parce que la vision est le reflet de votre identité

MME EL SAFI TOURIA

FACTURE N° : 354

DATE : 02-09-21

Désignation	Qté	Prix Unit.	Valeur	TVA
OD : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF AMINCI	1	3250	3250	20%
OG : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF AMINCI	1	3250	3250	20%
MONTURE OPTIQUE	1	500	500	20%
OD : + 3.50 ( - 1.50 à 90° ) OG : + 3.25 ( - 1.25 à 70° ) Add : + 3.00				
<b>LENTILLE REFLET SARL</b> OPTICIEN OPTOMÉTRISTE MAG N° MAZ REZ DE CHAUSSE RES ALFARAJ AV ABOU RAKRAK OULFA Tél: 06 73 89 86 23 CASABLANCA				
<b>Total</b>	<b>3</b>		<b>7000</b>	

<b>Total H.T.</b>	<b>Total TVA</b>	<b>Total T.T.C.</b>
5833.33	1166.67	7000

RDC Résidence Alfaraj Avenue Abou Rakrak - Oulfa - Casablanca

R.C : 424307 - Patente : 31200643 - IF : 33650582 - CNSS : 1366523 - ICE : 002210501000088

Tél : 06 73 89 86 23 - E-mail : lentille.reflet@gmail.com