

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.

pharmacie :

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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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- 0061585

*par
cam*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11881

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moupnas Dr. Ibtarouz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- PSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au présentation de ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

'HOSPITALISATION EN HOPITAL

'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes ébauches comportant un ou plusieurs échelons dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit éventuellement dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 813751

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA
Matricule : 11881 Fonction : Agent Commercial Poste :
Adresse : 16 Bis, Rue Am Sidi Aït Bougouga Casab
Tél. : 0615354455 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Dr. AHMED Age 30 01 66

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : AFP et son œil

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca, le 03-11-2021

Durée d'utilisation 3 mois

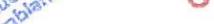
Dr Ahmed MIKOU
Chirurgien Orthopédiste
10 Avenue Stendhal - Casablanca
Téléphone : 0522 47 15 94
Signature et cachet du médecin

DECLARATION	N° 813751	
Matricule N° : 11881		
Nom du patient : DR ABDI AHMED		
Date de dépôt : 07/11/2021		
Montant engagé		
Nombre de pièces jointes : 300 + 167,50 + 2000		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
03/11/2011	CS		300,00	 Dr R. Mikou Chirurgien Dentiste 18, Avenue Stéphane Hessel Tél : (+212) 52 00 11 94 Email : rmikou@cliniquestenchaly.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 092064559	08/11/2021	169,50 €

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

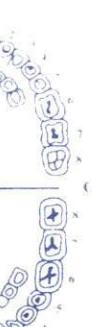
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : 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																	
				COEFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANT DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>H</td> <td>21433552</td> <td>COEFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>G</td> <td>00000000</td><td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>B</td> <td>00000000</td><td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td><td></td> <td>11433553</td><td></td> </tr> </table>	25533412	H	21433552	COEFICIENT DES TRAVAUX	00000000	G	00000000		00000000	B	00000000		35533411		11433553		
25533412	H	21433552	COEFICIENT DES TRAVAUX																	
00000000	G	00000000																		
00000000	B	00000000																		
35533411		11433553																		
		(Création, remont, adjenction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				MONTANT DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Reda MIKOU
Ophtalmologiste
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

CLINIQUE STENDHAL

الدكتور رضا ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية

Ancien interne des hôpitaux de France
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII



PT211027110622

03 novembre 2021

Mr. DIOURI Ahmed

صيدلية تاماروفت
Pharmacie Tamaarouft
Dr. B. M. KIRANE Dounia
4, Rue Tamaarouft - Bourgogne
Casablanca - Tel. 05 22 26 56 16

FUCITHALMIC 1% GEL OPHTALMIQUE

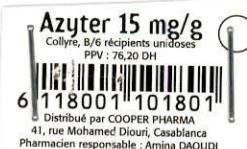
1 application le soir à la racine des cils, dans les deux yeux, pendant 15 jours

LARMABAK 90 MG COLLYRE

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour matin et soir, pendant 3 jours



Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

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

Larmabak 0,9 POUR

Collyre

Chlorure de sodium

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?
3. COMMENT UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?

Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins. En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments



Fucithalmic® 1%, gel ophtal

Acide fusidique

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Invilie
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
 Tube de 3 g
 AMM N°184
 DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20

6 118001 200818

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique ?
3. Comment utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE FUCITHALMIC® 1 %, gel ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament est destiné à l'œil et se présente sous forme de gel ophtalmique. Il contient un antibiotique, l'acide fusidique, qui agit en tuant certaines bactéries responsables d'infections.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil et des paupières : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne), ulcères de la cornée, blépharites (inflammation des paupières d'origine bactérienne) et orgelets (infection d'une glande située dans la paupière se présentant habituellement comme une pustule centrée sur un cil).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER FUCITHALMIC® 1 %, gel ophtalmique ?

N'utilisez jamais Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acide fusidique ou à l'un des autres composants contenus dans ce gel.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Durée du traitement

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé. La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Si vous avez utilisé plus de Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique que vous n'auriez dû :

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez d'utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique :

N'utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée d'utiliser.

Si vous arrêtez d'utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique :

Consultez toujours votre médecin si vous envisagez d'arrêter le traitement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous remarquez des effets indésirables ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

030941-00

Ancien interne des hôpitaux de France
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology
Diplôme de Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII



PT211027110622

03 novembre 2021

Mr. DIOURI Ahmed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.25 (- 0.50 à 52°)

OG = + 0.25 (- 0.50 à 171°)

VP : ODG = Add : + 2.00

PROJECT VISION
53, Bd. Bordeaux RDC Mag. N°32
Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - GSM : 06 61 68 49 04

E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com
Tél : (+212) 0522 47 15 94
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Chirurgie Ophthalmo Dr Reda MIKOU

Project Vision

Votre Vision, Notre Priorité

53, Boulevard de Bordeaux, Sidi Belyout
Casablanca, 20000
+212 (0)522 48 79 30
+212 (0)621 60 60 19



Facture

DATE: 03-12-2021
facture # 202112030938

Facturer à :

DIOURI AHMED

DESCRIPTION	Quantité	P.U/TTC	Prix Total TTC
Monture optique (VL)	1.00	400.00 MAD	400.00 MAD
Verres correcteurs (VL)	2.00	300.00 MAD	600.00 MAD
Monture optique (VP)	1.00	400.00 MAD	400.00 MAD
Verres correcteurs (VP)	2.00	300.00 MAD	600.00 MAD

PROJECT VISION
53, Bd. Bordeaux RDC Mag. N°32
Casablanca
Tél: 05 22 20 53 51 - GSM: 06 61 63 49 04

Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :	Montant HT	1 666.67 MAD
	% TVA	20.00%
Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui	Montant TVA	333.33 MAD
Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42	Autre	0.00 MAD
Nom du propriétaire du compte: Project Vision	TOTAL TTC	2 000.00 MAD

Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC

Montant Total à payer à l'ordre de Project Vision :

Deux mille dirhams

Mode de paiement :

Espéce