

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

**Déclaration de Maladie**

N° W21-700695  
par Piouroui

**137620**

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8495		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ESSA LHI MBDELAZIZ
Nom & Prénom : 14 MAI 1965		Date de naissance :	
Adresse : ALESSALHI		Total des frais engagés : 801 Dhs	
Tél. : 0665938516		Dr. BEL MOHNTAR ACH	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
Date de consultation : 26-09-2022	
Nom et prénom du malade : ESSA LHI	
Lien de parenté : Géniteur	
Nature de la maladie : Oedème Océane	
En cas d'accident précisez 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 : SAGG Le : 24/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : Signature de l'opticien(e) : BEL MOHNTAR ACH

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie

N° W21-700695

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 : \_\_\_\_\_

#### **RELEVE 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
24-09 2022	Examen Gésoptique - motrice	-	300 DH	INP : 101101805 Dr. TARIK Oncologue BELMONDO Ophtalmologue
24-09 2022	CGT	-	250 DM	Rés. Sadao

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**VOLET ADHERENT**

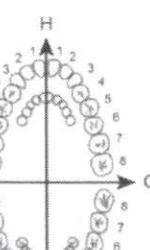
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H	G	B	Montants des soins <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		Date du devis <input type="text"/>
	D	G	B	Date de l'exécution <input type="text"/>
	 <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

## **Dr. BEL MOKHTAR Adil**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

## **Chirurgien Ophtalmologiste**

Maladie et Chirurgie des yeux  
Chirurgie de la Cataracte (phaco)  
Angio-Laser , OCT, IVT  
Ophtalmologie Pédiatrique



## **د. بن المختار عادل**

خريج كلية الطب بباريس وباريس  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بباريس

## **أخصائي في طب و جراحة العيون**

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلاة (الفاكتو)

التصوير بالأشعة و الليزر

طب عيون الأطفال

24 septembre 2022

Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA

### ZALERG COLLYRE

1 gttte\*2/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

### HYE: COLLYRE

1 goutte 4 à 6 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

### DEXAFREE: UNIDOSES

1 gouttes x 3 / j, dans les deux yeux pendant 8 jours

**Dr. BEL MOKHTAR Adil**  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada imm1 Appt4 Lghrablia  
Route de Kénitra, Rés. Saada, imm1 Appt4 Lghrablia. Salé

# 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.



**FAK MIGEA S.p.A.**  
Via G.B. Oliva, 8  
56121 PISA, Italy/Italie

N°Certificat d'Enregistrement  
au Ministère de la Santé:

42013762/2016/DMP/zo/DM

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



8 032668 870147

**STERILE A**

**CE 0546**



**LOT** 0150322  
**PPC** 2024 03  
**DHS** 99,00

FAVILLINI

2021

6

# Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose

Boîte de 30 récipients unidoses de 0,4 ml

## ديكسافري ١ ملز/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة على تحتوي على 30 وعاء أو عية أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل.

Sans conservateur

بدون مواد حافظة

• Théa

### التركيبة AR

فوسفات الديكساميتازون ..... 1 ملغ  
في شكل فوسفات الصودي

الديكساميتازون ل 1 مل من المحلول.

### قائمة السواغ

ايديات ثانئ الصوديوم، فوسفات ثانئ الصوديوم  
الاثني عشر الاماهة، كلوريد الصوديوم و ماء  
لتحضير الحقن  
عن طريق العين.

6 118001 102860



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

## FR COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone ..... 1 mg

Sous forme de phosphate sodique de  
dexaméthasone pour 1 ml de solution.

## LISTE DES EXCIPIENTS

Edétate disodique, phosphate disodique  
dodécahydraté, chlorure de sodium, eau pour  
préparations injectables.

Voie ophtalmique.

# زالرغ 0,25 مع/مل

محلول قطرات للعين

**AR**

زالرغ ذات 5 مل قطرة  
(على الأقل 50 قطرة)

كيتوريفين: ..... 0.25% ..... من  
في شكل هيدروجينو  
باليسيك المليبار. الواحد.

فارماتكتوريفين: ..... 0.345% ..... من  
في شكل هيدروجينو  
باليسيك المليبار الواحد.

قافية المساغات:  
 غليسول - هيدروكسيد الصوديوم (تعديل  
 pH) - ماء المستحضرات الفيبرالية المعقن.

عن طريق العين ..... قبل الاستعمال.  
 يترك بعيدا عن زرقة و متداول الأطفال.

إطلاع على النشرة قبل الاستعمال.  
 مدة الصلاحية بعد أول فتح: 3 أشهر.

المنتج: ..... فارمابلاستيك س.ب.  
 فارمابلاستيك فرمي، 50  
 في اتریک فرمی، 50  
 2009 ستیمبلانزیر - ایطالیا

قاتنة 2 - لا بوصفة طبية  
 قاتنة 2 - لا بوصفة طبية

لاردة ذات 5 مل قطرة  
 (على الأقل 50 قطرة)  
 التركيبة:

# Zalerg® 0,25 mg/ml Collyre en solution

Kétotifène

5 ml

Date de première ouverture  
تاريخ المفتح لأول مرة

# Zalerg 0,25 mg/ml

**FR** Collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
(au minimum 150 gouttes)

Composition :  
Kétotifène..... 0,250 mg  
Sous forme d'hydrogénofumarate  
de kétotifène..... 0,345 mg

Pour 1 ml  
Liste des excipients :  
Glycérol, hydroxyde de sodium  
(ajustement du pH), eau pour  
préparations injectables  
VOIE OPHTALMIQUE

Lire la notice avant utilisation.  
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA  
PORTÉE DES ENFANTS.

Durée de conservation après la  
première ouverture : 3 mois

Fabricant :  
FARMILA THEA FARMACEUTICI SpA  
Via Enrico Fermi, 50  
20199 SETTIMO MILANESE (MI)  
ITALIE

NIVEAU 1  
  
Soyez prudent  
Ne pas consulter  
sans avoir lu la notice



6 118001 102495  
ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

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

Sans conservateur  
بدون مادة حافظة

• Théa

Enreg. MA : 249/2020 DMP/2/1/NR0d  
Réf. n°: 249/2020 DMP/2/1/NR0d

Arma

**د. بن المختار عادل**

خريج كلية الطب بباريطة وباريس

طبيب سابق بمستشفي الاختصاصات بباريطة

**أخصائي في طب و جراحة العيون**

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة (الفاكو)

التصوير بالأشعة و التباير

طب عيون الأطفال



## **Dr. BEL MOKHTAR Adil**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

## **Chirurgien Ophtalmologiste**

Maladie et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la Cataracte (phaco)

Angio-Laser , OCT, IVT

Ophtalmologie Pédiatrique

Dr. BEL MOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada, Imm 1, Appt 4 Lghrablia  
Dr. BEL MOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada, Imm 1, Appt 4 Lghrablia

24 septembre 2022

Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

examen sensorio- moteur

Dr. BEL MOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada, Imm 1, Appt 4 Lghrablia

# **Dr. BEL MOKHTAR Adil**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

## **Chirurgien Ophtalmologiste**

**Maladie et Chirurgie des yeux**

**Chirurgie de la Cataracte (phaco)**

**Angio-Laser , OCT, IVT**

**Ophtalmologie Pédiatrique**



# **د. بن المختار عادل**

خريج كلية الطب بالرباط وباريس  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

## **أخصائي في طب و جراحة العيون**

**أمراض و جراحة العيون**

**جراحة الجلاة (الفاكتور)**

**التصوير بالأشعة و الليزر**

**طب عيون الأطفال**

24 /09/2022

## **NOTE D'HONORAIRES**

Dr. BEL MOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada imm.1 Appt.4 Lghrablia  
Casablanca

➤ PATIENT: ESSALHI FATIMA ZAHRA

- EXAMEN SENSORIO-MOTEUR (ACTE D232)
- MONTANT: 300 DH

IF : 40110711

INP : 101181808

ICE : 000416829000042

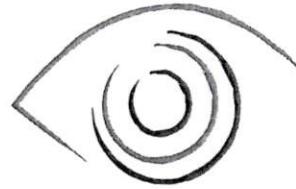
Dr. BEL MOKHTAR Adil  
Ophtalmologiste  
Rés. Saada imm.1 Appt4 Lghrablia  
Casablanca

**Dr. BEL MOKHTAR Adil**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

**Chirurgien Ophtalmologiste**

Maladie et Chirurgie des yeux  
Chirurgie de la Cataracte (phaco)  
Angio-Laser , OCT, IVT  
Ophtalmologie Pédiatrique



**د. بن المختار عادل**

خريج كلية الطب بالرباط وباريس  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط  
**أخصائي في طب و جراحة العيون**

أمراض و جراحة العيون  
**جراحة الجلاة (الفاکو)**  
**التصوير بالأشعة و الليزر**  
**طب عيون الأطفال**

**EXAMEN SENSORIO-MOTEUR**

LA DATE: 24/09/ 2022

*Nom et prénom: ESSALHI FATIMA ZAHRA*

SEGMENT ANTERIEUR: RAS

SEGMENT POSTERIEUR : F.O NORMAL

**EXAMEN SENSORIEL:**

❖ ACUITE VISUELLE

➤ VL : (AC)-OD : 10/10  
-OG : 10/10  
-ODG : 10/10

VP : (AC) -OD : P2  
-OG : P2  
-ODG : P2

❖ EXAMEN DE FIXATION SOUS OPHTALMOSCOPE : fixation fovéolaire en ODG

❖ PROCEDE DE VERRES COLORES DE BRAVAIS : DOMINANCE DE L'OG

**EXAMEN MOTEUR:**

❖ DEVIOMETRIE:

➤ SC :

- VL : exophorie-tropie ( 25,25)
- VP : exophorie-tropie ( 30,35)

❖ EXAMEN DETAILLE DE LA MOTILITE OCULAIRE : équilibré et stable

**DIAGNOSTIQUE :**

**STRABISME DIVERGENT DEBUTANT ET INTERMITTENT DE L'OD.**

IF : 40110711

INP : 101181808

ICE : 000416829000042