

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-700695

par l'adhérent

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MBDELAZIZ

Nom & Prénom : ESSALHI

Date de naissance : 14 Mars 1965

Adresse : AESSALHI @ ROYAL AIR MAROC. com

Tél. : 0665238516 Total des frais engagés : 801 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : BEL MOKHTAR ADIL

Date de consultation : 24-03-2022

Nom et prénom du malade : ESSALHI

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : S.A.L.E. Le : 24/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 :

Schéma et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

N° : 10149 [ ]

Dr. BELMOKS  
Ophthémologiste

Réa. Saadla

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie de la Poste 1620381300</p> <p>Dr. E. R. Youssouf</p> <p>1620381300</p>	22-5-22	281,80

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

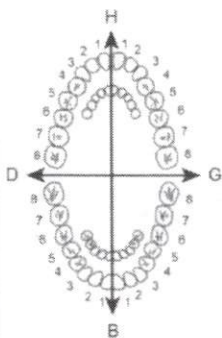
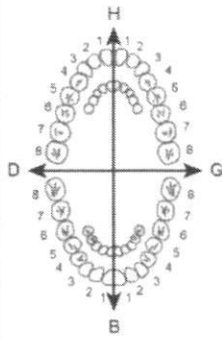
[illegible]

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

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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></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><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction]																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 الجلالة (الفاكو)  
التصوير بالأشعة و الليزر  
طب عيون الأطفال

24 septembre 2022

Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA

### ZALERG COLLYRE

1gtte\*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

# 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

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

620/13762/2016/DMP/20/DM

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



STERILE A

CE 0546



2021

6

LOT



PPC  
DHS

0150322  
2024 03  
99,00



# Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose

Boîte de **30** récipients unidoses de 0,4 ml

## ديكسافري 1 ملغ/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة

علبة تحتوي على **30** وعاء أوعية 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

ايديتات ثنائي الصوديوم، فوسفات ثنائي الصوديوم  
الاثنى عشر الاماهة، كلوريد الصوديوم و ماء  
لتحضير الحقن  
عن طريق العين.



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 مغ/مل

AR محلول قطرات للعين

قارورة ذات 5 مل

(طلى الأولى 150 قطرة)

التوكيية:

كيتوتيفين: 0,25 مغ

في شكل هيدروجيل

فورمات كيتوتيفين: 0,345 مغ

بالنسبة للملائن الواحدة:

قائمة المواصفات:

غليسول - هيدروكسيد الصوديوم (معدل

pH) - ماء للمستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين

إطبع على النشرة قبل استعمال.

يترك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال.

مدة الصلاحية بعد أول فتح: 3 أشهر

المنتج:

فارميا - تيا فارموسوتيكي، س. ب.

50 في أوريكو فريسي،

20019 ستيوميلاندز - إيطاليا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

لا يطحن  
الخطوة آخر خط التوضيحات

LISTE II - Uniquement sur ordonnance

قائمة 2 - إلا بوصفة طبية

249/2020 DMP/21/NRQD بالمغرب

MA رقم التسجيل

MA

249/2020 DMP/21/NRQD

MA

249/2020 DMP/21/NRQD

MA

249/2020 DMP/21/NRQD

MA

249/2020 DMP/21/NRQD

MA

249/2020 DMP/21/NRQD



Zalerg®

0,25 mg/ml

Collyre en solution

Kétotifène

5 ml

زالرغ

0,25 مغ/مل

محلول قطرات للعين

كيتوتيفين

5 مل

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'hydrogénomate

de kétotifène.....0,345 mg

Pour 1 ml

Liste des excipients :

Glycérol, hydroxyde de sodium

(ajustement du pH), eau pour

préparations injectables

VOIE OPHTHALMIQUE

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

20019 SETTIMO MILANESE (MI)

ITALIE



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

MA

Entreg. MA : 249/2020 DMP/21/NRQD



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

## **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 الجلالة (الفاكو)

التصوير بالأشعة و الليزر

طب عيون الأطفال

24 septembre 2022

**Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA**

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

examen sensorio- moteur

## 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 الجلالة (الفاكو)  
التصوير بالأشعة و الليزر  
طب عيون الأطفال

24 /09/2022

### NOTE D'HONORAIRES

➤ PATIENT : **ESSALHI FATIMA ZAHRA**

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

IF : 40110711

INP : 101181808

ICE : 000416829000042

## 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 الجلالة (الفاكو)  
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