

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 002883

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID

Date de naissance : 26/06/49

Adresse : Cité ATTADAMOUNE Ro 2 N°6 OULFA

CASABLANCA

Tél : 0663878063

Total des frais engagés : 721,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 NOV 2022

Nom et prénom du malade : E. P. MOUSTI RACHID

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vice de la réfraction

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le : 21 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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 : 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

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
21 NOV 2022			3.00,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/22	421,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

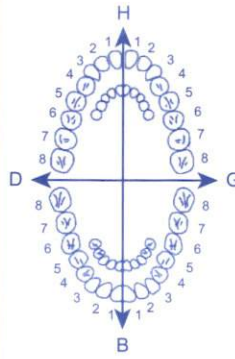
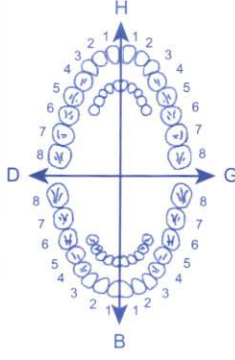
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] 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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

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 de
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز طب وجراحة العيون
القدرس كاليفورنيا

الدكتورة حنان مزوز

(اختصاصية في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو
العدسات الصلبة واللينية
جراحة مجاري الدمع
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

Pharmacie TAM
Dr. B. EL JAAR
302, Bd Al Qods - Casablanca
Tél: 05 22 90 18 99

le lundi 21 novembre 2022

Monsieur EL MOUSTI Rachid

150,00

Hypotonie
19 goutte 3 fois par jour

dans les 2 yeux

- Compresses stériles de taille moyenne
les plonger dans de l'eau chaude pendant quelques
minutes
puis les appliquer sur les yeux fermés pendant
5 minutes le matin , à midi et le soir 15 jours
ensuite massage des paupières

S.P

76,00

- AZYTER , unidoses : 1 goutte matin et
1 goutte le soir 6 jours.

60,00

- CILOXAN pommade
1 application le soir pendant 10 jours.

135,00

- EOLE dual : collyre : 1 goutte 4 fois par jour
1 mois

Dr MAZZOUZ Hanane
OPHTALMOLOGISTE
511, Bd Al Qods - Casablanca
Tél: 05 22 52 25 26

TTL 421,00

Tél: 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

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

هيلو بارين

قطرات عيون مرطبة تحتوي
على هيبارين الصوديوم
للحفاظ على سلامة القرنية والشهاب
الملتحمة

خال من المواد الحافظة.
ملائم للعدسات اللاصقة.

10 مل ~ 300 قطرة

منتج للعلامة التجارية
هيلو آي كير

2023 - 21

LOT 300229

PPC: 150 DH

e. solution

e 250 mg

75 mg

ate.

moyenne.

ت سلسلة متوسطة.

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH

6 118001 101801

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

UNITHER
DOUTANCES

الصانع
المطبعة
كوتيس

NE PAS AVALER
RESPECTER LES
INDICATIONS

NE PAS AVALER
RESPECTER LES
INDICATIONS
LISTE I - Unique
سفة طبية

...s devient grave
et indésirable
otice, parlez-en à
pharmacien.

nomade

Ciloxan contient le principe actif ciprofloxacine (un antibiotique) qui agit contre de nombreuses bactéries qui peuvent provoquer des infections oculaires. La pommade ophtalmique Ciloxan est destinée au traitement des conjonctivites, des 1^{er} et 2^{ème} jour : appliquer 3 fois par jour un segment de pommade ophtalmique d'environ 1,25 cm dans le cul de sac conjonctival (ou le bord libre de la paupière).

جذرة بسعة
ال يحتوي
الأزيتروميسين

Eole[®]
dual

Hyaluronate de sodium 0,2%
Hypromellose 0,2%

Sécheresse oculaire
modérée à sévère

Hydratation
Intense et
Durable



Sans conservateur
Sans phosphates



10 ml Gouttes oculaires

PPC: 135,00

LOT

E01 22

07/2025

...s autorisation médicale, ne changez pas la posologie prescrite pour vous. Consultez votre médecin ou pharmacien lorsque vous pensez que l'efficacité du médicament est trop faible ou trop forte.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage :

épouss sur la cornée, altération du goût.

Les effets secondaires suivants se produisent occasionnellement (chez 10 personnes sur 1000 au maximum) : douleurs des yeux, yeux secs, yeux enflés, démangeaisons, perte d'acuité visuelle ou vision trouble, hypersensibilité à la lumière, sécrétions, pharmacien, qui disposent d'informations détaillées destinées aux professionnels.

2020/80
21129C
29-09-21

Ciloxan® 0,3%
POMMADE OPHTHALMIQUE

Ciloxan® 0,3%
POMMADE OPHTHALMIQUE
Ciprofloxacine
Laboratoire A.M. N° 86 DMP/21/NRP
PPV : 60,00 DHS

6 118001 070855
89227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

Ciloxan®
0,3%

POMMADE OPHTHALMIQUE
Ciprofloxacine

% 0,3 سيلوكسان
مرهم للعين
سيروفلوكساسين

NOVARTIS