

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21-059259

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 309902 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEIFRI MARIA

Date de naissance :

Adresse : ALK 719

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2023

Nom et prénom du malade : ZEIFRI MARIA Age :

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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	Nature Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/01/2023			3000	
06/04/2023	NL + CO		300,00 Dhs	

Dr. BOUZIANE
Ophtalmologiste
Panorama Office, IMM 13, 1^{er}
Bureau 2 Bd Abou Bakr El
Casseur - Casablanca
Tél: 0539 81 13 13, 1^{er}

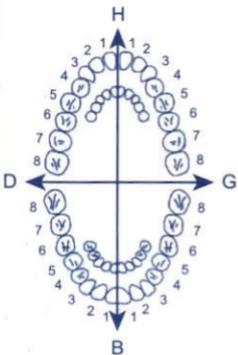
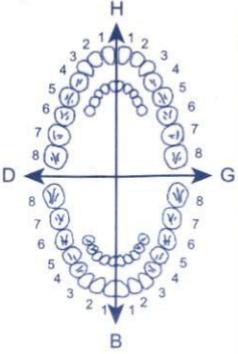
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/2023	1855,30
		1564,20

Montant de la Facture

1855,30

15642

[illegible][illegible]

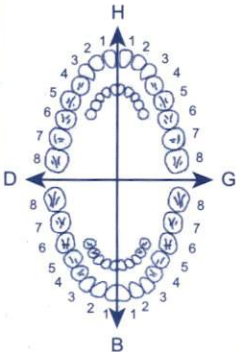
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important: Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto; font-size: small;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				H														
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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"/>															

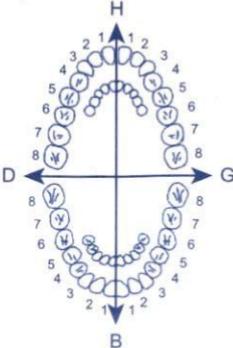
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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			
					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	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td align="center">25533412 00000000</td> <td align="center">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">G</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000 35533411</td> <td align="center">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
H												
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>										
		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>										
		<p>DATE DU DEVIS</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>										
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>										

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

E

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et
pathologies rétinienne de Paris



الذكورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين
بباريس - فرنسا

ORDONNANCE

03 janvier 2023

Mme ZEIFRI MARIA

VIBRA 200 200 MG COMPRIME

un comprimé le soir, pendant 3 Mois

FLUCON

- 1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours
- 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours
- 1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours
- 1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours, dans l'œil gauche

THEALOSE COLLYRE

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

OPATANOL: COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

AZYTER

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours à renouveler après 10 jours
4 cures, dans les deux yeux



1855,30
BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Office, IMM 13, 1^{er}
étage, 2 Bd Abou Bakr El
Kadiri - Casablanca

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665

Azyter 15 mg/g
 Collyre, 8/6 récipients unitaires
 PPV : 76,20 DH



6 118001 101804

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

VRZ76ZC10MAR/0919 MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
 Laboratoires SOTHEMA
 B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
 N° Homologation Maroc :
 1573/2016/DMP/20/DM
 PPC : 147,00 DH

Azyter 15 mg/g
 Collyre, 8/6 récipients unitaires
 PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

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

Azyter 15 mg/g
 Collyre, 8/6 récipients unitaires
 PPV : 76,20 DH



6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura
 Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
 A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
 PPV : 90,70 DHS



407252

VRZ76ZC10MAR/0919 MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
 Laboratoires SOTHEMA
 B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
 N° Homologation Maroc :
 1573/2016/DMP/20/DM
 PPC : 147,00 DH

VRZ76ZC10MAR/0919 MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
 Laboratoires SOTHEMA
 B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
 N° Homologation Maroc :
 1573/2016/DMP/20/DM
 PPC : 147,00 DH

6 118001 070244

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

Remboursable AMO
406865

é de cette notice avant de prendre ce
informations importantes sur votre traitement.
is, si vous avez un doute, demandez plus
ou à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

FLUCON[®], collyre

Fluorométholone

b) COMPOSITION

Fluorométholone	0,1 g
Chlorure de benzalkonium	0,01 g
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinylique, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium pour ajuster le pH, eau purifiée	q.s.p. 100 ml

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LOT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

Dr. Imane BOUZIANE

Ophtalmologiste

Lauréate de la faculté de
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et
pathologies rétinienne de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين
باريس - فرنسا

ORDONNANCE

26 janvier 2023

Mme ZEIFRI MARIA

FACTURE

vérification des voies lacrymales + contact osseux

Frais du geste : 300.00 dhs

DR. BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13, 1^{er}
étage - Bd Abou Bakr El Kadir, Sidi Maarouf - Casablanca

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1^{er} étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadir, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665