

# 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

M22- 0030185

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6540 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EZZI MAIMA  
 Date de naissance : 16-07-64  
 Adresse : Ains elba  
 Tél. : 0665007119 Total des frais engagés : -Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 JAN. 2023  
 Nom et prénom du malade : EZZI MAIMA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : Le : 30/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
6 JAN 2023			2000 DA	



# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE ATHINA 7 Lot Chabab Groups C Ala Saa CASABLANCA TPE : 092067115 0920737473	06/01/23	54.10

# 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
		AM	PC	IM	IV	
KERATOPTIQUE Mly Soufiane EL ADLOUNI 303/ Bd Ziraoui - Casablanca Tel : 0622 49 27 39 Fax : 0622 49 27 40 INPE : 0096001865	19/1/23					4.500,-

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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

**Docteur**  
**ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

إختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : ..... 06/01/2023

Mme Ezzidi Naima

54.10

Larmabak

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 01 mois)



**PHARMACIE ATHINA**  
N°7 Lot Chabab Groupe C  
Ain Sbâa CASABLANCA  
INPE : 092067115  
TEL : 05 22 73 74 73



الشباب IIA, عمارة F7, شقة 7, شارع البعمراني محمد, عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيمما البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Ain Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdessadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/ 06 39 89 73 38

INPE : 091169870



- 0,9 POUR CENT, collyre
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ET EVENTUELS ?
  5. COMMENT CONSERVER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?
  6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.

**1. QU'EST-CE QUE LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?**

Classe pharmacothérapeutique : Suppléance lacrymale – code ATC : S01XA20

Ce médicament est préconisé pour soulager les symptômes d'irritation liés à la sécheresse oculaire (quand il existe une insuffisance de larmes).

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?**

N'utilisez jamais LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active (chlorure de sodium)

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

EN  
DE  
OU

PHARMACIEN.

SABLE  
MEDECIN

ment peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Possibilité de légères irritations oculaires.

Si vous souffrez de dommages sévères de la cornée (couche transparente située à l'avant de l'oeil) les phosphates peuvent causer, dans de très rares cas, des troubles de la vision en raison de l'accumulation de calcium pendant le traitement (nuage).

**Déclaration des effets secondaires**

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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

**5. COMMENT CONSERVER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage et le flacon après EXP. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

**KERATOPTIQUE**  
**OPTICIEN OPTOMETRISTE**

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40  
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745  
CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077  
INPE : 0095001855

**FACTURE N° 0010894**

M. *Amel* *EZZIDI, Naïma* 19/1/23.

Vision de loin		Vision de près	
OD: Cyl	Sph	OD: Cyl	Sph
OG: Cyl	Sph	OG: Cyl	Sph

**Double Foyer**

OD: Cyl Sph +1.75 ADD +3.00  
OG: Cyl Sph +1.75 ADD +3.00

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>monture</i> <i>optique</i>	1.000 ✓
2	VERRE <i>lens progressif</i> <i>organique bitor</i> <i>+ T. A. Reflet</i>	3.500 ✓

Montant en Lettres :

**TOTAL**

*quatre*  
*cent cinquante*  
*euros*

4.500 ✓



Cachet, Signature  
**KERATOPTIQUE**  
**Mly Soufiane EL ADLOUNI**  
303, Bd Ziraoui - Casablanca  
Tel : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 27 40  
INPE : 0095001855

**Docteur**  
**ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

إختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : ..... 06/01/2023

Mme Ezzidi Naima

Lunettes pour VL et VP (Verres + Monture)

VL OD : +1,75  
OG : +1,50

VP OD : add+3.00  
OG : add+3.00

**KERATOPTIQUE**  
**M. Soufiane EL ADJOUNI**  
303, Bd Ziraoui - Casablanca  
Tel : 0622 49 27 39 Fax : 0622 49 27 40  
INPE : 0096001855

, VERRES ORGANIQUE ANTI-REFLET ANTI-UV



الشباب IIA، عمارة F7، شقة 7، شارع العمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيمما البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdessadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/ 06 39 89 73 38

INPE : 091169870