

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

N° M21- 1054703

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

172469 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9863 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOUIRY-ABDERHAMANE

Date de naissance : 0-1-01-1958

Adresse : 29 Rue Benafssay HAY ENNAHAR

Bransejour

Tél : 06 77 90 98 84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MOUAD BARAKAT
OPHTALMOLOGISTE

Date de consultation : 05/09/2023

Nom et prénom du malade : LAHOUIRY ABDEERRAHMAN Age :

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

Nature de la maladie : HTA + CONCOMITANT

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
05/08/23			200 DH	Dr. MOUAD BARAKAT OPHTALMOLOGISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HABZA LARBI Complexe Commercial Hadi Soualem	05/08/23	89.00 DH
23/08/23		4300.00

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	

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																	
	<table border="1"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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

Dr. Mouad BARAKAT

Spécialiste en Ophtalmologie

Ancien assistant à l'Hôpital Jules Gonin, lausanne (Suisse)

Ancien médecin Attaché à l'hôpital Cheikh Zaïd de Rabat

D.U. de contactologie, Bordeaux (France)

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser
- Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer

الدكتور معاد بركات

إختصاصي في طب و جراحة العيون

طبيب مساعد سابق بمستشفيات لوزان (سويسرا)

طبيب ملحق سابق بمستشفى الشيخ زايد بالرباط
حاصل على دبلوم العدسات اللاصقة ببوردو (فرنسا)

- جراحة الجلالة -الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أو عية الشبكة
- اللايزر
- تصحيح البصر لايذك

Had Soualem, le 05 août 2023.....

Mr. LAHOURY Abderrahmane

Monture + verres correcteurs progressifs

Filtre anti-lumière bleue PTG

VL : OD = + 2.75 (- 1.00 à 100°)

OG = + 2.50

VP : ODG = Add : + 3.00

89.00

ROBER OPTIQUE MAROC
LUNETIER OPTICIEN SARL
1, Boulevard 11 Janvier
Tél: 05 22 27 86 53 - Casablanca

1/ VISIONLUX COLLYRE

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



Dr MOUAD BARAKAT
OPHTALMOLOGISTE
IPN : 061193215

Lot. Rajae 2. N° 100, Im. Espace NORA 1^{er} étage Appt. N° 2, Had Soualem - Tél. : + (212) 5 22 96 36 37

Mobil : + (212) 6 60 14 29 51 - E-mail : mouad.barakat@hotmail.com

C.N.S.S. : 4400199 - Identification fiscale : 14476725 - ICE : 001876634000093



EYE DROPS

Lubricating ophthalmic solution with Sodium Hyaluronate and Vitamin B12

COMPOSITION:

Sodium Hyaluronate 0,3%, P-Plus[™], Vitamin B12, Sodium Chloride, Potassium Chloride, Calcium Chloride, Magnesium Chloride, **SCO[®]** in an isotonic buffered solution.

DESCRIPTION:

VISIONLUX[®]PLUS is a refreshing, revitalizing and lubricating ophthalmic solution, containing **Sodium Hyaluronate 0,3%**, obtained by fermentation and not of animal origin.

The activity of the **Sodium Hyaluronate** is optimised and prolonged by the synergic action of **P-Plus[™]**.

P-Plus[™] is a hydro soluble polymer with filmogenous and lubricant properties. The association of **Sodium Hyaluronate** and **P-Plus[™]** not only increases the viscosity of the solution but also improves its mucoadhesivity properties.

The presence of **Electrolytes** (Cl⁻, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺ and Mg⁺⁺), essential for the cellular biochemical processes, helps to keep the ocular surface in good physiological conditions.

Vitamin B12 (Cyanocobalamine) has anti-oxidant properties, thus protecting the ocular surface from the damage induced by reactive oxygen species (ROS). It is therefore an essential factor in the maintenance of a healthy ocular surface.

VISIONLUX[®]PLUS is preserved with a special preservative system called **SCO[®]** (Stabilized Complex Oxylchloro) that keeps the solution sterile in the bottle. When exposed to light, **SCO[®]** dissipates into components naturally found in the human tears such as sodium chloride, oxygen and water, making it very well tolerated.

INDICATIONS:

VISIONLUX[®]PLUS provides long and lasting relief to the sensations of severe dry, stressed and tired eyes of pathological or non-pathological origin.

VISIONLUX[®]PLUS protects cells from damaging oxidative free radicals and replaces locally low levels of the nutrients in the tears.

VISIONLUX[®]PLUS is compatible with all types of contact lenses.

INSTRUCTIONS FOR USE:

- Wash, rinse and dry your hands thoroughly.
- Make sure the seal is intact.
- To open the bottle, unscrew the top completely and break the safety seal.
- Instill 1 or 2 drops in each eye, as required, or according to the specialist's advice.
- Close the bottle tightly after use.

WARNINGS:

- To prevent possible contamination, do not let the tip of the dropper come into contact with any surface or the eye.
- Do not use in case of specific hypersensitivity towards any of the constituents.
- In some cases, slight sensitivity may cause a brief stinging or irritation upon instillation that disappears after blinking.
- Do not swallow the solution.
- Keep out of the sight and reach of children.
- After the bottle has been opened, the solution must be used within 90 days.
- Do not use after the expiry date.
- If symptoms persist, consult your eye specialist.
- Do not use if the bottle is damaged.
- **Do not expose to direct sunlight.**

STORAGE:

- Store between 5 and 35°C and protect from a direct source of light.

3 ml (free sample)

REF D3VXP303

10 ml

REF D10VXP304

STERILE A

Distributor
Bd. Abdelm
Imm. B, 7^{me}
N° CE : 192

NOVAX
Le Coronad
20, Avenue
MC 98000
www.novax





Bd. 11 Janvier N° 1
Tél/Fax : 05 22 27 86 53
Casablanca

رقم 1 شارع 11 يناير

تليفاكس : 05 22 27 86 53

الدار البيضاء

FACTURE N° 000844

Casablanca, le 23 / 8 / 23

M.

LAHOVIRY A. Belenhaman

Doit

N° de Nomenclature correspondant à la prescription du Docteur	Vision de loin O.D. _____ O.G. _____	Vision de près O.D. _____ O.G. _____	Double foyer O.D. _____ O.G. _____	Supplément
--	--	--	--	------------

FOURNITURES :

1 Montures *metalique*

900,00

2 Verres *PROGRES 10/9 mm**Blanc v.v. 670**07 (100-100) x 27**C + 250 Add 300*

1700,00

1700,00

TOTAL

4300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Mille Trois Cent