

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- 0059386

178600

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 06 61 18 36 41 Total des frais engagés : 2058,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2013

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : affec 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : 12 OCT 2013

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

11/10/2023 500 DH
+ 1000 DH
11/10/23 Kosa ygg oeilcher + 5000
HM 20000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/10/2023 58,00

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

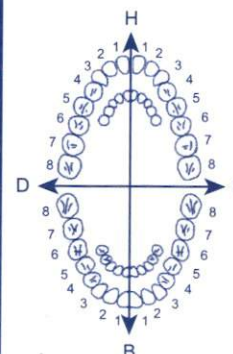
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
B

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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 11/10/2023

SOINS POST- OPÉRATOIRES ZAMANI MOHAMED

58,00

- **INDOCOLLYRE** 1 goutte 3 fois par jour pendant 15 jours.

PRECAUTIONS :

- ne pas frotter l'œil opéré.
- ne pas faire d'efforts excessifs.

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.

PHARMACIE DU CAF
Dr. Hind Belmoussa
1 Rue Al Akhouane
Tél : 05 22 99 83 73



58,00

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice intérieure

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C.

Ne pas conserver au-delà de 15 jours après ouverture du flacon.

NE PAS INJECTER / NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS

Liste I / قائمة



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

كن حذرا
تجنب القيادة قبل
قراءة النشرة



حالات الاستعمال، المقادير، التحذير

أنظر النشرة داخل العبوة

يجب حفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25°م.

لا يجوز الاحتفاظ به أكثر من 15 يوم بعد فتح القارورة.

لا يحتقن / لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

INDOCOLLYRE® est une marque déposée de
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated أو

الشركات التابعة لها.

INDOCOLLYRE® 0,1%

أندوكولير® 0,1%

أندوميتاسين / Indométacine
قطرات بشكل محلول / collyre en solution

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

INDOCOLLYRE® 0,1%
collyre en solution

أندوكولير® 0,1%
قطرات بشكل محلول



INDOCOLLYRE 0,1% ○ LOT/ رقم النافعة
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج FAB/
ZENITH PHARMA تاريخ الانتهاء EXP/
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

H9589
03 - 2023
08 - 2024

66671



Art. 86272
C1DZMATN02

احترام الجرعات الموصوفة
RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

Instiller dans l'œil / قطير في العين
AMM France n° / رقم التسجيل 341 953 8 9
DE Algérie n° / رقم التسجيل 17/98/17J066/096
AMM Tunisie n° / رقم التسجيل 5283121
Détenteur de la DE / de l'AMM :
LABORATOIRE CHAUVIN :
صاحب مقار التسجيل، حامل الرخصة :
LABORATOIRE CHAUVIN
416, rue Samuel Morse – CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France
Z.I. Ripotier Haut
07200 AUBENAS – France

COMPOSITION : Indométacine : 0,10 g
Excipient (thiomersal, arginine, hydroxypropylbetacyclodextrine,
acide chlorhydrique concentré, eau purifiée) q.s.p. 100 ml
Excipient à effet notoire : thiomersal

التركيب: اندوميثاسين 0,10 ج

السواغات (ثيومرسال، أرجينين،
هيدروكسيبروبيل بيتا سيكلودكسترين، حمض
كلور هيدريك مركز، ماء مطهر) 100.5 ج
سواغات ذو تأثير معطوم : ثيومرسال.

Flacon de 5 ml / 5 مل / 5 مل / 5 مل / 5 مل
Uniquement sur ordonnance / فقط طبية فقط / فقط طبية فقط / فقط طبية فقط / فقط طبية فقط



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

FACTURE

N° : 1477 / 2023 du 11/10/2023

Nom patient **ZAMANI MOHAMED**
PAYANT

Entrée 11/10/2023

Sortie 11/10/2023

LASER YAG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE

1.00

500.00

500.00

Sous-Total

500.00

Total Clinique

500.00

DR. RAISS ABDERRAHMANE (ophtalmologue)

1.00

1 000.00

1 000.00

Sous-Total

1 000.00

Total Autres prestations

1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total

1 500.00

52, Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc - Tél. : 05 22 94 12 12 / 05 22 99 33 77

I.F N°: 37541579- Taxe Professionnelle N°: 35780687 - CNSS N°: 1703858- ICE : 002273450000002

E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com