

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0025200

193129

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2720 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : MOUR ELAÏH Abderrahman  
Date de naissance : 01-01-1968  
Adresse : HAY RAJA RUEL n° 18 Casablanca  
Tél. : 0662470773 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr By EL MUSTAPHA  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd des Forces Auxiliaires  
BOULEVARD 112 1202

Date de consultation : 23/01/2024  
Nom et prénom du malade : Falaoui Fatima Age : 69 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : lunettes  
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 : 26/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

Cyber



# 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                         |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/01/24        |                   |                       | 200DH                           | Dr By EL MUSTAPHA<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Bd des Forces Auxiliaires<br>Bourmel N° 8 Casa |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 23/01/24 | 235,70                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

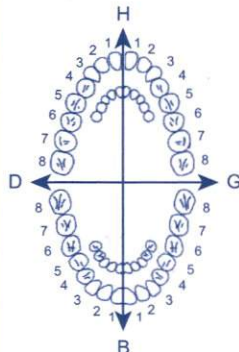
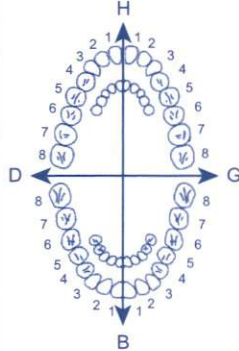
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 23/01/24       |        |    |    |    | 200DH                           |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  | H  |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  | H  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|   | D   |                  | G  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|   | B   |                  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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. BY El Mustapha



## الدكتور المصطفى بي

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

أخصائي طب و جراحة العيون

Adultes - Enfants

كبار - أطفال

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ex médecin à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Membre de la Société Européenne de la Cataracte et la Chirurgie Réfractive

Diplôme de Contactologie - Université de Versailles - Paris

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت- البيضاء  
عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون  
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة الساد (الجلالة)  
و الجراحة الإنكسارية  
دبلوم العدسات اللاصقة جامعة فرساي باريس

Casablanca, le 23 janvier 2024 : الدار البيضاء في :

Mme FALOUH FATIMA

1451-  
1/ AQUALARM collyre

1 goutte 3 fois/j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

90,70  
2/ OPATANOL collyre

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

PHARMACIE AL JAWDA  
AAOUATIF Kamal  
Hay Raja 1, Rue 6 N° 1 Bournazel  
Casablanca . Tel: 0522 72 70 55

Dr By EL MUSTAPHA  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd des Forces Auxillaires  
Bournazel - Casablanca

شارع القوات المساعدة، بورنازيل ، بلوك 5 ، رقم 8 ، الطابق الثاني. (قرب المقاطعة 67 سابقا). الدار البيضاء

Bd des forces auxillaires, Bournazil, Bloc 5, N° 8, 2ème étage (à côté de l'ex arrondissement 67). Casablanca

05 22 02 37 27 06 50 79 82 23 @ elmustapha.by@gmail.com



# OPATANOL® 1 mg/ml Collyre en solution

Olopatadine  
Flacon de 5 ml

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament, car elle contient des informations importantes pour vous.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir section 4.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **OPATANOL** et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **OPATANOL** ?
- 3- Comment utiliser **OPATANOL** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **OPATANOL** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1-

## QU'EST-CE QUE OPATANOL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

**OPATANOL** est utilisé pour le traitement des signes et symptômes des conjonctivites allergiques saisonnières.

**Conjonctivite allergique.** Des agents (allergènes) comme les pollens, la poussière de maison ou les animaux peuvent être à l'origine de réactions



6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura

Opatanol® 1mg/ml collyre en solution

Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ

PPV : 90,70 DHS

407253 MA

aisons,  
de de

aitement  
uisant

LES INFORMATIONS A  
D'UTILISER OPATANOL ?

pendant la grossesse et



**Dr. BY El Mustapha**

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

**Adultes - Enfants**

Lauréat de la faculté de médecine de casa

Ex médecin à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Membre de la Société Européenne de la Cataracte et la Chirurgie Réfractive

Diplôme de Contactologie - Université de Versailles - Paris



**الدكتور المصطفى بي**

**أخصائي طب و جراحة العيون**

**كبار - أطفال**

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت- البيضاء

عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة الساد (الجلطة)

و الجراحة الإنكسارية

دبلوم العدسات اللاصقة جامعة فرساي باريس

**Casablanca, le : 23 janvier 2024      الدار البيضاء في :**

**Mme FALOUH FATIMA**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

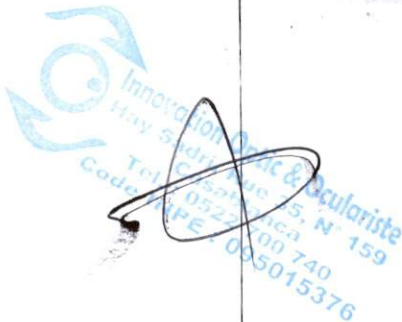
OD = + 1.75 (- 1.75 à 78°)

OG = + 2.00 (- 1.25 à 87°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs Antireflets

OD = + 4.50 (- 1.75 à 78°)

OG = + 4.75 (- 1.25 à 87°)



**Dr By EL MUSTAPHA**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Bd des Forces Auxillaires  
Bournazil P. 21452

شارع القوات المساعدة، بورنازيل، بلوك 5، رقم 8، الطابق الثاني. (قرب المقاطعة 67 سابقا). الدار البيضاء

Bd des forces auxillaires, Bournazil, Bloc 5, N° 8, 2ème étage (à côté de l'ex arrondissement 67). Casablanca



05 22 02 37 27



06 50 79 82 23



@ elmustapha.by@gmail.com





Hay Sadri, rue 35, N° 159  
à côté du café BELLE CITY - Casablanca  
06 02 07 47 47 - 0522 700 740  
facebook : Innovation Optic Casablanca  
innovation.optique@gmail.com

P.C. : 457795 - T.P. : 32700488 - I.C.E. : 002413240000039 - I.F. : 42754425

FACTURE INNOV N° 000488



Doit

N° de Nomenclature :

Docteur : B y el Trust Apha

Monture : plastique 400/100 DA

Verres : ergonomique VL et VP 1100/100 DA

VL :

OD : +1.75/-1.75 à 78)

OG : +1.25/-1.25 à 82)

VP :

OD : +1.75/-1.75 à 78)

OG : +1.75/-1.75 à 82)

Total : 1500/100 DA

Arrêtée La Présente Facture à la Somme de :

Millie cinq cent dix euros  
par ement espèces.

*[Signature]*