

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

Déclaration de Maladie

W21-831063

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9580 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 203383

Nom & Prénom : BAYDOURI REDOUANE

Date de naissance : 16/04/1967

Adresse : 49 JAZIRA EL KHAORA TIT MELLIL

Tél. : 06 61 57 29 51 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.01.2021

Nom et prénom du malade : BAYDOURI Age :

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

Nature de la maladie : CEIC (OG)

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : TIT MELLIL Le : 27.01.2021

Signature de l'adhérent(e) : TNPETOG. 128.6134

PR4FR05/V2/20-10-2023

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
27/01/24	CS		200,00	Dr. AMOUCSSI Asmaa Bureau N°2 Médecine Tit. Méd. 05 22 51 05 43 INPE : 092013952

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAKRI Lot Amal 1 N°313 Tit Mellil Casablanca Tel: 05 22 51 05 43 INPE : 092013952	27/01/24	193,10

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
		A M	P C	I M	I V	

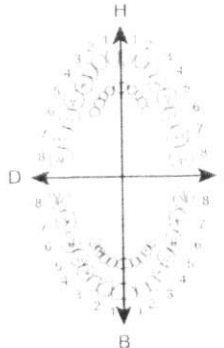
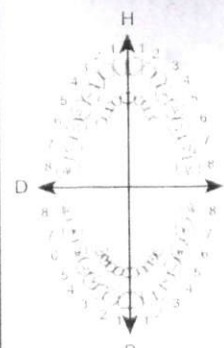
VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAV																
																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAV																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>255.334.12</td> <td>214.155.52</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> </table>				H	255.334.12	214.155.52	G	D	00000000	00000000			00000000	00000000		B	00000000	00000000		
	H	255.334.12	214.155.52	G																	
	D	00000000	00000000																		
		00000000	00000000																		
	B	00000000	00000000																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse				Montant des Honoraires	MONTAN DES SOI															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. BAMOUSSI Asmaa

Spécialiste en ophtalmologie
Enfants et adultes



د. باموسي أسماء

أخصائية في طب وجراحة العيون
صغار وكبار

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétinienne de paris

Ancienne interne du CHU IBN Rochd

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم في تصوير أمراض شبكية العين بباريس - فرنسا
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Agréé pour la visite médicale du permis de conduire

معتتمدة للفحص الطبي لرخصة السياقة

- Chirurgie de cataracte
- Chirurgie des voies lacrymales
- Lentilles de contact
- Maladies de la rétine
- Kératocône
- Échographie, OCT et Lasers.
- Strabisme

- جراحة الجلالة
- جراحة المسالك الدمعية
- العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- القرنية المخروطية
- تصوير الشبكية - الليزر
- تصحيح الجول

27 janvier 2024

Mr. BAYDOURI Redouane

PHARMACIE BAKRI
Lot Amal 1 N°313 Tit Mellil
Casablanca
Tél: 05 22 51 05 43
INPE : 092013952

38.20
PHYSIODOSE

serum pour lavage oculaire jusqu'a 8fois / jour , dans l'œil gauche

45.90
CILOXAN COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour
dans l'œil gauche

109.00
HYE COLLYRE

1 goutte 8 fois par jour, dans l'œil gauche

RDV DANS 48 HEURES

PHARMACIE BAKRI
Lot Amal 1 N°313 Tit Mellil
Casablanca
Tél: 05 22 51 05 43
INPE : 092013952

PHARMACIE BAKRI
Lot Amal 1 N°313 Tit Mellil
Casablanca
Tél: 05 22 51 05 43
INPE : 092013952

Dr. BAMOUSSI Asmaa
Ophtalmologiste
Lot Amal 2 Rés. N° FB39, 1^{er} étage Bureau N° 2, - Tit Mellil
Bureau N° 2
Tél : 05 22 72 07 49
INPE : 092013952

تجزئة أمال 2 عمارة رقم FB39 الطابق 1 مكتب رقم 2 - نيط مليل

Lot. Amal 2 Rés. N° FB39, 1^{er} étage Bureau N° 2, - Tit Mellil

Tél : 05 22 72 07 49 - E-mail : Asmabamoussi@gmail.com

Voie ophtalmique
EN INSTILLATION OCULAIRE

COMPOSITION :

1 ml de collyre contient 3,5 mg
Chlorhydrate de Ciprofloxacine
(3 mg d/ciprofloxacine-base)

Excipient à effet notoire :
Chlorure de benzalkonium.

**Lire attentivement la notice avant
emploi.**

A conserver à une température
ambiante (15°-25°C), à l'abri de la
lumière et de la chaleur

**TEÑIR HORS DE LA PORTEE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

Ne pas mettre au réfrigérateur.
Ne pas congeler.

Ne pas utiliser au delà de 30 jours
après la première ouverture du flacon.

عن طريق العين. للتقطير في العين

التركيبة

يحتوي 1 مل من سيلوكسان قطرات
العين على: سيبروفلوكساسين
هيدروكلوريد (المادة الفعالة) 3,5 ملغ
(= 3 ملغ من سيبروفلوكساسين قاعدة)
سواغ ذات تأثير معروف
كلوريد البنزوكونيوم

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء
يحفظ في درجة حرارة معتدلة 15-25
درجة مئوية بعيداً عن الضوء و الحرارة
يحفظ الدواء بعيداً عن مرمى ومناول الأطفال
لا يوضع في النلاجة ولا يجمد
لا يستخدم بعد مرور 30 يوم على اليوم
الذي قمت فيه بفتح القنينة لأول مرة.

CILOXAN® 0,3%
0,3 % سيلوكسان

COLLYRE

قطرات العين

Ciprofloxacin

سيبروفلوكساسين

5 ml

مل 5

NOVARTIS

**NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبلع.

يجب احترام الجرعات الموصوفة

**Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT
SUR ORDONNANCE**

جدول أ (لائحة أ): يصرف فقط
بموجب وصفة طبية



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice*

كن حذراً لا تقد السيارة دون قراءة
النشرة

Titulaire d'AMM au Maroc:

صاحب رخصة التسويق بالمغرب

Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1 - 27182
Bouskoura-Moroc

المصنع :

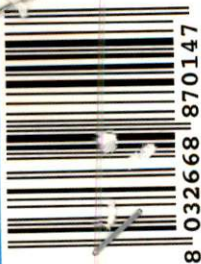
Alcon-Couvreur N. V.
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique
Alcon Cusi, S.A
Carril Fabra 58, 08320 El Masnou,
Espagne

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/MRO
Laboratoires SotHEMA
ppv : 45,90 L.i.s

Rembourcable AMO
406434

6 118001 270176





STERILE A

CE 0546



Importateur/Distributeur:
B2S Health Services, 9, Avenue
Mohamed Belhassan El Ouazzani -
Centre Commercial
Dar Essalam-Sajjissi - Rabat