

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

№ 575
Déclaration de Maladie

N° P19- 0042881

ND: 30196

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Retraité Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHAY ABDELLAH.

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : EL 800ds, GR. 65 N° 03 NOUBARAKA Bouanassi

Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/06/2020	CS	-	9	
22/06/2020				

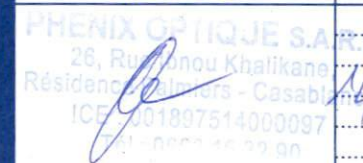
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/06/2020	120,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

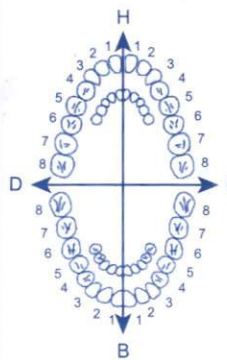
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/06/2020					600,00

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 d

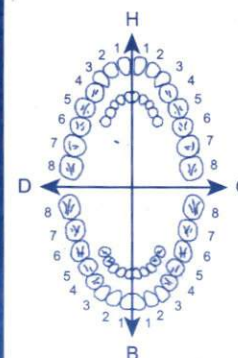
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
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

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales



مَصْحَة الْمَدِينَة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

10 juin 2020

ORDONNANCE

Mme BOURAGBA NAJAT

98,00
1/ NAVILIPO

1gtte 3/jr pdt 1mois et demi, dans l'œil droit

22,60
2/ FLUCON

1 goutte 3 fois par jour pendant 5jours.

1 goutte 2 fois par jour pendant 5jours.

1 goutte le soir par jour pendant 5jours.,

, dans l'œil droit

PHARMACIE YAFI
Mme AL KHAFI AMAL
Im 52 Hay Moubaraka
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL : 05 22 73 94 48

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansa
Quartier Palmier - Casablanca

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.01 - CASABLANCA

E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

navilipo

YEUX SECS

RIMA PHARMA

PVC : 98,00

NOVAX
PHARMA

GOUTTES OCULAIRES

Solution ophtalmique lubrifiante et apaisante à base de liposomes avec Hyaluronate de sodium et vitamine E

FR

COMPOSITION :

Solution aux Liposomes, Aloe Vera gel 1%,
Extrait de Camomille, Hyaluronate de Sodium, Vitamine
E-TP, Edetate Disodique
tamponnée isotonique.

PS : Ne contient pas de
de Chlorure de Benzalko

DESCRIPTION :

NAVI[®]LIPO est une solution
lubrifiante et apaisante,
contient des composants naturels du liquide lacrymal.

Les particules lipidiques microscopiques dispersées
dans la micro-émulsion ont pour fonction de protéger le
tissu oculaire, en formant une fine barrière hydrophobe,
qui imite la couche lipidique naturelle du film lacrymal.

INDICATION :

Les gouttes oculaires **NAVI[®]LIPO** aident à préserver et
restaurer la surface oculaire altérée par la sécheresse
oculaire croissante, l'instabilité du film lacrymal, les
blessures, la chirurgie oculaire, le port de contact de
lentilles, l'exposition prolongée devant des écrans.

MODE D'EMPLOI :

- 1 - Agiter avant emploi.
- 2 - Lavez-vous les mains avant d'utiliser le flacon de
solution ophtalmique.
- 3 - Instiller 1 à 2 gouttes de la solution dans chaque
œil, autant de fois que besoin, ou suivant les
recommandations de votre ophtalmologiste.

NAVI[®]LIPO peut être utilisé avec tous types de lentilles
de contact.

MISE EN GARDE :

- En cas d'irritation des yeux, cessez d'utiliser le produit
et contactez votre médecin.
- Ne pas utiliser si vous êtes allergique à l'un des
composants du produit.
- Ne pas toucher la surface de l'œil avec le nébuliseur.
- Garder hors de la portée des enfants.

- Ne pas ingérer.
- N'utilisez pas le produit après la date de péremption.
- Utiliser dans les 28 jours suivants la première
ouverture.

mière ouverture.

fermement immédiatement après



Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

- Conserver à l'écart de toute source de chaleur.
- Conserver dans un endroit sec, entre 5 et 35°C.

Flacon 3 ml

REF D3NL160

Flacon 10 ml

REF D10NL159

STERILE A



Distributeur :

RIMA PHARMA

Bd. Abdelmoumen,
Res. Les champs Center
Imm. B, 7ème étage, N°4
Casablanca - MAROC
N° CE : 7263/2018/DMP
Date : 17/08/2018

Fabricant :
NOVAX[®]PHARMA
Le Coronado
20, Av. de Fontvieille
MC 98000 MONACO
www.novaxpharma.com

CE
0051

V1 - Rev. 29/08/2017

F291 Rev. 14/02/2019

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales



مصلحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

10 juin 2020

ORDONNANCE

Mme BOURAGBA NAJAT

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.25 (- 2.50 à 105°)

OG = + 0.25 (- 1.25 à 90°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

Signature
PHENIX OPTIQUE S.A.R.L.
26, Rue Ibnou Khalikane
Residence Palmiers - Casablanca
ICE : 001897514000097
Tél : 0665 1 32 80
Tél : 0665 1 40 00 97

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.01 - CASABLANCA

E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

Phénix Optique

Opticien - Optométriste

FACTURE

N : 0000103498

Casa le 12/06/2020

NOM PRENOM : BOURAGBA NAJAT

DR : LAHCEN ZAFAD

VISION DE LOIN

OD : +0,25 (-2.50 à 105 °)

OG : +0,25(-1,25 a 90°)

OD VERRE ORGANIQUE ANTI REFLETS : 300 DH

OG VERRE ORGANIQUE ANTI REFLETS : 300 DH

MONTURE : CLIENT

TOTAL : 600 DH

SIX CENT DIRHAMS

MODE DE PAIEMENT : ESPECE

Signature

PHENIX OPTIQUE S.A.R.L.
26, Rue Ibnou Khalikan, Palmier - Casablanca
Société à responsabilité limitée
ICE : 001897514000097
Tél : 05 22 23 26 41