

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W19-527474

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1606 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : Sahi Fatma

Date de naissance : 07/01/1947

Adresse : S3, Rue JAAID BAH ALIA BURGHE

Tél. : 06 60910214 Total des frais engagés : 5468,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/07/2022

Nom et prénom du malade : Affection oculaire

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

Nature de la maladie : Affection 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 : / Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-527474

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1606

Nom de l'adhérent(e) : Sahi Fatma

Total des frais engagés : 5468,00 DHS

Date de dépôt :

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
22/10/2020	C5 + F5	3	22	Dr. Med. HAMDANI OPHTALMOLOGISTE 24, Rue Imane Alloussi - Bourges Tél: 0522 27 57 51

Dr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imane Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522 27 67 57 / 46 - Fax: 0522 26 66 77

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NICE 1 Av. Nice Résidence Boujarfaa RD MG N°3 Bourgogne Casablanca Tél.: 05 22 94 93 38	20/10/20	368,00

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 007478025						

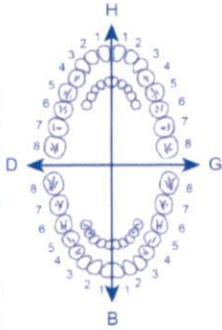
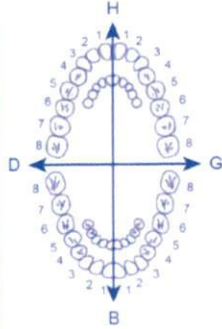
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	00000000	35533411		00000000	11433553	B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																				
	25533412	00000000		21433552	00000000																			
	00000000	35533411		00000000	11433553																			
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
	<input type="text"/>																							
	<input type="text"/>																							
	<input type="text"/>																							
	<input type="text"/>																							
<input type="text"/>																								
<input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is represented by a series of connected arches. The piers (vertical supports) are numbered 1 through 8 from left to right. The spans (the arches between piers) are numbered 1 through 7 from left to right. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'R' at the bottom.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca le :

29/7/2020
الدار البيضاء في :

Serri Fatna

Neovis Hal

Wong

156,80
156,12
313,60
141,40

1/2 x 3/1

Sans arrêt / bis

Toltride x (pde)

PHARMACIE NICE
1 Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39

l'app/55 au
Puis 1/2 ptt 105

PHARMACIE NICE
1 Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39
Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24 Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 67 46 / 51 - Fax : 05 22 26 66 77

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر بن بوعون. الدار البيضاء)

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

3,5G

Boîte de 1 tube

PPV: 54,40 DHS

Laboratoires Sothema, Bouskoura

AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



6 118001 070602
69020-4

U NOVARTIS

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

TOBRADEX®

Pommade ophtalmique

Tobramycine/Déxaméthasone

Tube de 3,5 g

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

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

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

L'utilisation de la pommade ophtalmique TobraDex est déconseillée pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou envisagez une grossesse, n'utilisez ce médicament que sur autorisation de votre médecin.

L'utilisation de la pommade ophtalmique TobraDex est déconseillée pendant l'allaitement. Vous devez donc soit cesser d'allaiter, soit arrêter le traitement.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

La vue pouvant être provisoirement troublée juste après l'application de la pommade ophtalmique, il est recommandé d'attendre que le symptôme disparaisse avant de conduire un véhicule ou d'utiliser une machine.

3- COMMENT UTILISER TOBRADEX POMMADE OPHTALMIQUE ?

NEOVIS® TOTAL

FR

ÉMULSION OPHTALMIQUE LUBRIFIANTE SANS CONSERVATEUR

PRESENTATION

NEOVIS® TOTAL multi est un lubrifiant oculaire sous forme d'émulsion hypo-osmolaire stérile avec 0,18% de hyaluronate de sodium (obtenu par fermentation), présenté en flacon multidose de 10 ml, sans conservateur.

COMPOSITION

Hyaluronate de sodium (0.18%), triglycérides et phospholipides, acide lipoïque, hydroxypropyl méthylcellulose, citrate de sodium, hydroxyde de sodium, acide citrique, chlorure de sodium et eau pour préparation injectable.

NEOVIS® TOTAL multi est une émulsion qui stabilise le film lacrymal.

NEOVIS® TOTAL multi contient du hyaluronate de sodium, composant naturellement présent dans l'œil, qui contribue à protéger et hydrater la surface oculaire. Grâce aux propriétés physiques du hyaluronate de sodium, NEOVIS® TOTAL multi est doté d'une forte capacité de rétention d'eau et de propriété viscoélastique, qui permet la formation d'un film lubrifiant, homogène et protecteur à la surface de l'œil. De cette façon, il agit sur la couche aqueuse pour hydrater et protéger la surface oculaire.

NEOVIS® TOTAL multi est hypo-osmolaire afin de

minuten worden ingedrukt. landers kan het effect van de oogdruppels wijzigen). Raadpleeg een arts als de klachten aanhouden tijdens het gebruik van NEOVIS® TOTAL multi.

CE 0459

20°C - 25°C



STERILE A

Steripharma
PPC:156,80 dh

CN: 182880.4

CNK 3465-739



3 401060 240106



3. Do not touch the handle of the vial (risk of micro contamination).
4. Replace the protective cap after every use (risk of contamination).
5. Do not use if the vial is damaged (risk of contamination).
6. Do not use after the expiry date on the vial and the packaging (risk of contamination).

7. Use within 3 months after opening for the first time (risk of contamination and loss of product performance).

If your doctor has prescribed another eye drop, allow 15 minutes between applications of the two eye drops (risk of change in eye drop effectiveness). If symptoms persist during the use of NEOVIS® TOTAL multi, consult your doctor.

Keep out of the reach and sight of children.

CONTRAINDICATIONS

Do not use in case of hypersensitivity to one or more of the components.

ADVERSE EFFECTS

In very rare cases, temporary symptoms such as mild conjunctival irritation, the sensation of having a foreign object in the eye, redness, burning, and blurry vision may occur.

NEOVIS® TOTAL

FR

ÉMULSION OPHTALMIQUE LUBRIFIANTE SANS CONSERVATEUR

PRESENTATION

NEOVIS® TOTAL multi est un lubrifiant oculaire sous forme d'émulsion hypo-osmolaire stérile avec 0,18% de hyaluronate de sodium (obtenu par fermentation), présenté en flacon multidose de 10 ml, sans conservateur.

COMPOSITION

Hyaluronate de sodium (0.18%), triglycérides et phospholipides, acide lipoïque, hydroxypropyl méthylcellulose, citrate de sodium, hydroxyde de sodium, acide citrique, chlorure de sodium et eau pour préparation injectable.

NEOVIS® TOTAL multi est une émulsion qui stabilise le film lacrymal.

NEOVIS® TOTAL multi contient du hyaluronate de sodium, composant naturellement présent dans l'œil, qui contribue à protéger et hydrater la surface oculaire. Grâce aux propriétés physiques du hyaluronate de sodium, NEOVIS® TOTAL multi est doté d'une forte capacité de rétention d'eau et de propriété viscoélastique, qui permet la formation d'un film lubrifiant, homogène et protecteur à la surface de l'œil. De cette façon, il agit sur la couche aqueuse pour hydrater et protéger la surface oculaire.

NEOVIS® TOTAL multi est hypo-osmolaire afin de

minuten worden ingedrukt. landers kan het effect van de oogdruppels wijzigen). Raadpleeg een arts als de klachten aanhouden tijdens het gebruik van NEOVIS® TOTAL multi.

CE 0459

20°C - 25°C



STERILE A

Steripharma
PPC:156,80 dh

CN: 182880.4

CNK 3465-739



3 401060 240106



3. Do not touch the handle of the vial (risk of micro contamination).
4. Replace the protective cap after every use (risk of contamination).
5. Do not use if the vial is damaged (risk of contamination).
6. Do not use after the expiry date on the vial and the packaging (risk of contamination).

7. Use within 3 months after opening for the first time (risk of contamination and loss of product performance).

If your doctor has prescribed another eye drop, allow 15 minutes between applications of the two eye drops (risk of change in eye drop effectiveness). If symptoms persist during the use of NEOVIS® TOTAL multi, consult your doctor.

Keep out of the reach and sight of children.

CONTRAINDICATIONS

Do not use in case of hypersensitivity to one or more of the components.

ADVERSE EFFECTS

In very rare cases, temporary symptoms such as mild conjunctival irritation, the sensation of having a foreign object in the eye, redness, burning, and blurry vision may occur.

OPTIQUE Najat

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J

N° 57 - Casablanca

Patente N° 36616612



نظارات نجات

بيع وإصلاح النظارات

شارع موديبوكيتا بلوك (ج)

رقم 57 - الدار البيضاء

الباتنت : 36616612

FACTURE

N° 003438

Casablanca, le

4/8/2020

M :

Sejjari Fatma

Doit

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :

Verres :

VI :

OD :

OG :

VP :

OD :

OG :

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Page 1/1

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte

Ancien Médecin Résident Etranger

de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca le :

29/11/2020
الدار البيضاء في :

SEFRI Fatma,

L

u nette pr VL
OD = V. Normal.

OU = V. progressif.

OG = V. à fin the blue

OD = VN.

OG = (25, -1,25) + 1,50

VL additif

OG = +2,50

مستشار علمي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورغون. الدار البيضاء

05 22 26 66 77 : الفاكس / 51 - 05 22 27 67 46

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Bader) Casablanca

Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

Dr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
Bourgogne - Casablanca
Tél. : 05 22 26 66 77