

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

s générales :

re réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

re réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

ité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

nte préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

tions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ains
pour tous les actes effectués en série.

d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ts sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être

icale pour toute demande de remboursement.

escripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

prescripteur est exigée avant le début des séances de

nces effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

préalable renseigné sur la feuille de soins est

remboursement.

canalaires.

renouvelée tous les 6



MUPRAS

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

Déclaration de Mala

N° W19-501764

52562

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELLAJ ABDELLAH M

Date de naissance : 29/12/1956

Adresse : 20, rue de l'Ysire, Dm Chifas

Tél. : 06 71 80 25 77 Total des frais engagés : 1433,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DME

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 21/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie l'Ermilage</i> 48, Avenue l'Ermilage Tél: 022.86.19.24-Fax: 022.86.19.25	11.12.2020	1493,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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 l

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M: BELLAH ABDERRAHIM

Présente Glaucome chronique à angle ouvert

Nécessitant un traitement d'une durée de : cosopt collyr
+ XLATAN collyr à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Professeur ZADNASS Abdallah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA
Ancien résident de CHU de Nantes - France
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne
Angiographie , laser rétinien , OCT
Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله
طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
جراحة وأمراض العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية
أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر
جراحة الشبكية

BELLAJ Abderrahim

21/12/2020

164,2046
- COSOPT COLLYRE (Timolol+Dorzolamide) fl

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux,

127,0044
XALATAN (Latanoprost)COLLYRE à 0,005% fl

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux,

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER

1.493,80
Pharmacie l'Ermitage

48, Avenue l'Ermitage - Casa
tél: 0528.86.19.24-Fax: 0528.00.01.76

Professeur ZADNASS Abdallah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saâdi
Talborjt - AGADIR
Tél: 0528822221 Fax: 0528844378

عمارة مرجاب، زاوية شارع الشيخ السعدي (مقابل ERAC SUD) : البرجت - أكادير - الهاتف : 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 - الفاكس : 05 28 84 43 78
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 - Fax : 05 28 84 43 78
E-mail : zadcabinet@gmail.com

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

Collyre en solution

RESPECTER LES DOSES PRECISEES

LATANOPROST

0.005 %

XalatanTM

Pfizer

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

Collyre en solution

RESPECTER LES DOSES PRECISEES

LATANOPROST

0.005 %

XalatanTM

Pfizer

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

Collyre en solution

RESPECTER LES DOSES PRECISEES

LATANOPROST

0.005 %

XalatanTM

Pfizer

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

Collyre en solution

RESPECTER LES DOSES PRECISEES

LATANOPROST

0.005 %

XalatanTM

Pfizer

LOT T002T08 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie

Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملل + 5 ملغ/ملل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل



LOT T002T08 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie

Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملل + 5 ملغ/ملل

collyre en solution
**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل



LOT T002T08 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie

Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملل + 5 ملغ/ملل

collyre en solution
**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل



LOT T002T08 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie

Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملل + 5 ملغ/ملل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل



Le : 21/12/2020

PHARMACIE L'ERMITAGE

48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA

05 22 86 19 24, IF: 42105620

RC: 210696

Patente : 36366490, ICE: 001634422000077

IF : 42105620

CNSS : 2064757

Facture N° 37 918

Client : BELLAJ ABDERRAHIM

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	COSOPT	6	164.20	985.20
CL	XALATAN	4	127.00	508.00
2	Total	10		1 493.20

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

1 493.20

MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT-TREIZE DIRHAMS ET VINGT CENTIMES

Pharmacie L'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casa
05 22 86 19 24 - Fax: 022 00 01 76