

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 canaux, 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 canaux.

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société : _____
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
 Nom & Prénom : BENCHEIKH EL ATMANI Mr. Ukh
 Date de naissance : 26-08-1955
 Adresse : Casablanca Ibnou Khatir Rue Joubert
Maarif Casablanca
 Tél. : 0661181124 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LOUBRA KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

Date de consultation : _____
 Nom et prénom du malade : BENCHEIKH EL ATMANI Age : _____
 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 : Casablanca Le : 26/09/2020
 Signature de l'adhérent(e) : _____

ACCUEIL
MUPRAS

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
12/08/20	C2	85	8500	INP : 34820.00

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235 Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Andalous - Casablanca
Tél: 05 22 90 12 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/20	131.00

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
		AM	PC	IM	IV	
Callag Optical Opticien & Optométriste 104 Rue Bnou Yacoub, Mansour Tél/fax : 05 22 49 30 16	04/09/20		2 Vene PRC			3800 HT
			+ Rcten			

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin a l'hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le.

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالاشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء في:

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

OEIL GAUCHE

ADDITION VISION DE PRES

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés.
Al Anfal, Etage No 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

Zahag Optical
Opticien & Optométriste
1 place Bnou Halhouss Bouhassouh El Mansour
Madinat Al Anfal - Tél: 05 22 95 12 89

PHARMACIE NARJIS
0522 85 00 74
11, Bd. Yacoub El Mansour
Madinat Al Anfal - Tél: 05 22 95 12 89

Zallag ZO Optical

FACTURE

N°000 775

R.C : 304504
I.F : 40905449
T.P. : 35804854
I.C.E : 001657832000059
I.N.P.E : 095001988

Le : 04/09/2020

M : Mohamed - WAHIB Bencheikh

Tél. :

Zallag ZO Optical
Opticien & Optométriste

1 Bis Rue Bnou Habbous Boulevard Yacoub
Mansour - Maarif - Tél/fax : 05 22 99 38 74

MONTANT

OD +0.75 add +2.50

150000DH

OG +1.00 add +2.50

150000DH

Type de Verre PRL CRG ALB

Monture 1 ceptique

80000DH

TOTAL

380000DH

Zallag ZO Optical
Opticien & Optométriste

1 Bis Rue Bnou Habbous Boulevard Yacoub
Mansour - Maarif - Tél/fax : 05 22 99 38 74

1 Bis Rue Bnou Habbous Boulevard Yacoub Mansour - Maarif
Tél/fax : 05 22 99 38 74

MODE D'UTILISATION/ MISES
EN GARDE ET PRECAUTIONS:
Voir la notice à l'intérieur
VALIDITE: Ne pas dépasser la
date de péremption sur la boîte
et sur le flacon
Utiliser dans les 3 mois après ouverture
Ne pas stocker plus de 25°C.
Lire attentivement la notice à l'intérieur
Garder hors de portée des enfants

INSTRUCTION FOR USE/
WARNINGS AND PRECAUTIONS:
See the instruction leaflet.

VALIDITY: Do not exceed the
expiry date stated on the box
and on the bottle.
Use within 3 months after first opening
Do not store above 25°C.
Read carefully instructions leaflet
Keep out of reach of children.

DISPOSITIF MEDICAL
MEDICAL DEVICE

CE 0373 **STERILE A**

C.O.C. Farmaceutici s.r.l.
Via Modena, 15 40019
Sant'Agata Bolognese (Bo) - Italy

Distribué par / distributed by
E-PROM PHARMA
Rue Amyot, Q.H. - Casablanca
Morocco

Eole[®] dual

Hyaluronate de sodium 0,2 %
Hypromellose 0,2 %

**Sécheresse oculaire
modérée à sévère**

Hydratation
Intense et
Durable



Sans conservateur
Sans phosphates



EOLE Dual 10 ml
Gouttes oculaires

PPC: 135,00



E01 20

02 / 2023

EOLE dual est une solution
ophtalmique stérile lubrifiante,
apaisante et protectrice de la
surface des yeux.

COMPOSITION:
Hyaluronate de sodium 0,2 %
Hypromellose 0,2 %
Eaux distillées: Aloé vera,
Camomille, Vaccinium myrtillus
(Myrtille) et Rosa canina (églantier),
Excipients: acide Borique, chlorure
de sodium, tetraborate de sodium
decahydraté, WFI.

EOLE dual is a sterile
ophthalmic and lubricating,
soothing and eyes surface
protective solution.

COMPOSITION:
Sodium hyaluronate 0,2 %
Hypromellose 0,2 %
Distilled waters: Aloe vera,
Chamomile, Vaccinium Myrtillus
(bilberry) and Rosa canina (Dog
Rose). Excipients: Boric acid,
sodium tetraborate decahydrate,
sodium chloride, WFI.

014795

