

## 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

- 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** : 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-515119

MD: 36180

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELKETTANI Sidi HAMID

Date de naissance : 19.04.1980

Adresse : 99 RUE MIMOZA ANFAL CASABLANCA

Tél. : 0611 220767 Total des frais engagés : 4637 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.04.2020

Nom et prénom du malade : ELKETTANI Sidi HAMID Age: 40

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 12.05.2020 Le : 12/05/2020

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 |
| 29/12/2024                     |                   | 2                     | 200,00                          | INP : 2482015                                                  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |        |
|----------------------------------------|--------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date   |
| 29/12/2024                             | 234,00 |

| 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 |                                 |
| EXTRA OPTIC<br>Opticien Optométriste<br>115.F Casablanca | 19/08/2020     | 2      | 1  | 1  | 1  | 4400,00 DH                      |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|-----------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
| Important :<br>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 TRAVAUX [ ]                   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         | FIN D'EXECUTION [ ]                           |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
| 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |                         | H                                             |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|                                                                                                                             | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552         |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000         |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000         |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553         |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                         |                                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                             |
|                                                                                                                             | [Création, remont, adjonction]<br>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: 29 Août 2020: الدار البيضاء في

**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

135,00 € Kettaw Lidi Haimi  
1. 120 Onel 1ft x 3 1mg  
2. Phylau 1mg  
99,00  
234,00

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

**PHARMACIE AL WOUROUD**  
67, Rue des Nations A Côté de  
Masjid Annour Beauséjour  
Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca  
Patente: 3488192



# 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 Aôut Casablanca  
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le:

29.07.2020

رخصة السياقة

الدار البيضاء في:

L-L Kettani Sid Hamid

**VERRE POUR LA VISION DE LOIN**

OEIL DROIT

+ 2,00

OEIL GAUCHE

+ 3

ADDITION VISION DE PRES

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

EXTRA OPTIC  
Opticien Optométriste  
115, Bd Ghandi - Casablanca

PPC: 135,00

**COMPOSITION:** (Sterile solution) Sodium hyaluronate 0,2%, hypromellose 0,5%, Aloe vera, Chamomile, Vaccinium myrtillus (Bilberry) and Rosa canina (Dog Rose) acid, sodium tetraborate decahydrate, sodium chloride, W.F.I.

**PROPRIETIES:** Sodium hyaluronate is a bio-compatible molecule naturally present in the eye. With its moisturizing and lubricating actions it creates a film that protects the external agents and free radicals damages. Hypromellose stabilizes the tear film by creating a protective, transparent and viscoelastic shield. EOLE dual contains from a mix of natural ingredients that provide soothing, refreshing and protecting an optimal viscosity that facilitate application and removal of contact lens, avoiding tear film and eye redness phenomena.

**INDICATIONS:** Moderate to severe dry eyes - Dry eyes syndrome - Eyes and mucosa redness, fatigue and irritation caused by atmospheric agents and environmental factors (wind, smoke, pollution, prolonged exposure to sunlight, sea salt) - Prolonged computer use - Ophthalmic stress due to contact lens wearing - Lacrymal film alteration after ocular surface surgery.

## INSTRUCTION FOR USE:

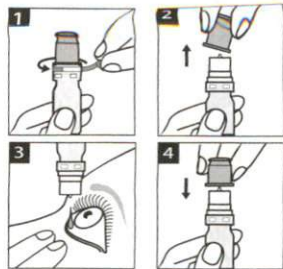
Write down the opening date on the Box.

1- Tear off the tamper-evident seal.

2- Remove the protective cap.

3- Instill 1 to 2 drops in each eye by lightly pressing the bottle (a higher pressure may be needed to allow the drop delivery, this is due to the closing system that preserves product sterility and stability).

4- After use, reclose the bottle. It should be used within the next 3 months following the first opening.



**POSODOLOGY:** 1 to 2 drops in each eye 3 to 4 times daily. This posology may be adapted according to case severity and the doctor or pharmacist indication.

**ADVERSE EFFECTS:** Vision may be temporarily blurred when first used. Minor burning/stinging/irritation may temporarily occur as a consequent of the pre-existing ocular irritation. If any of these effects persists or worsens, tell your doctor or your pharmacist promptly.

## WARNINGS AND CAUTIONS:

The product is for single patient use.

The product is only intended for ophthalmic use.

Do not use the product if you notice, at the time of first opening, that the bottle or the stopper is damaged or not perfectly sealed.

During the application, do not touch your eyes or any other surface with the dropper.

Do not use in case of known allergy to a component.

In case of problem during treatment interrupt the use and consult a doctor.

Do not use after the expiry date indicated on the package and label.

Dispose of the container properly after use.

Keep away from children.

Do not store above 25°C.

CE 0373 Medical device

STERILE A

**PACKAGING:** 10 ml Multi dose bottle  
Preservative free - Phosphates free.

Last revision date: 02.02 of 05/2018

Manufactured by: C.O.C. Farmaceutici S.R.L.  
Via Modena, 15-40019 - Sant'Agata Bolognese - Italy

Distributed by: E-PROM Pharma  
Rue Amyot - Oualili 3- Q.H. - 20360 - Casablanca- Morocco

Solution stérile pour usage oculaire

# Phylarm

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS



16 unités stériles de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**

## Facture

|                                                                                   |                                               |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Facture N° : 381</b>                       | <b>SOCIETE EXTRA<br/>OPTIC</b><br>115, Bd Ghandi<br>Tel: 0522 233348 / 0680797471 |
|                                                                                   | <b>Date : 2020-08-10</b>                      |                                                                                   |
|                                                                                   | <b>Client : EL<br/>KETTANI SIDI<br/>HAMID</b> |                                                                                   |

| VS    | SPH   | CYL | AXE | ADD   |
|-------|-------|-----|-----|-------|
| VLVPD | +2.50 |     |     | +2.50 |
| VLVPG | +2.75 |     |     | +2.50 |

| N° | Désignation                             | Qte | PUTTC   | MT      |
|----|-----------------------------------------|-----|---------|---------|
| 1  | ESSILOR VARILUX PHYSIO<br>PREVENCIA 1.6 | 1   | 1850.00 | 1850.00 |
| 2  | ESSILOR VARILUX PHYSIO<br>PREVENCIA 1.6 | 1   | 1850.00 | 1850.00 |
| 3  | OPTIQUE                                 | 1   | 700.00  | 700.00  |

|          |         |             |         |
|----------|---------|-------------|---------|
| TVA      | 20%     | Total TVA   | 733.33  |
| Total HT | 3666.67 | Net à payer | 4400.00 |

Arrêtée la presente facture à la somme :

quatre mille quatre cents Dirhams

SOCIETE EXTRA OPTIC - 115, Bd Ghandi - 0522 233348 / 0680797471 - extraoptic@gmail.com  
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC: 338153 - TP: 35875135 - INPE: 095011003

EXTRA OPTIC  
Opticien Optométriste  
115, Bd Ghandi - Casablanca