

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

- 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 061513

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6284 Société : 46997

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALSI, MINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.25.10.34.54 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 : 04/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : Amin

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>															
	<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>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	D 00000000	35533411		00000000	11433553		
	H			G															
25533412	00000000		21433552	00000000															
D 00000000	35533411		00000000	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT		NOM :		Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0013840		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P 14 / 0013840

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6284	Signature de adhérent
Nom & Prénom		KHALFI MINA	
Fonction	Veuve	Phones 0625103454	
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient	Khalfi Mina
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	30/11/57	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite

Affection oculaire S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cst Fo		300DH

PHARMACIE	Date	23/10/2020
Montant de la facture	T=28,80	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
27-10-2020		3500
CACHET		

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



Sur rendez-vous الزيارة بالموعد

Casablanca, le : 23 octobre 2020

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة

الدار البيضاء

Mme KHALFI MINA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Antireflets

VL : OD = + 1.75

OG = + 1.25 (- 0.25 à 175°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : OD = + 4.50

OG = + 4.00 (- 0.25 à 175°)

28,80

1/ ARTELAC COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 21 jours

Rokne Hina Ben Moussa
Opticienne
Bd. Mohammed VI - Casablanca

T = 28,80

BENMOUSSA Khadija
Ophthalmologiste-Homeopathie
Lotissement Haj Fateh N°169
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 36 20 - GSM : 06 66 38 53 36





661
10/11/2012
Date (dd/mm/aa)

0107
10/11/2012
Date (dd/mm/aa)

0107
10/11/2012
Date (dd/mm/aa)

BAUSCH + LOMB
Artelac®
Hypromellose 3,20 mg/ml

MAG264A03-09.10

COMPOSITION POUR 1 ML :
3,20 mg d'hypromellose.

(excipients : cétérime,
hydrogénéphosphate de sodium
dodécylsulfate, divyrogénophos-
phate de sodium anhydre,
sorbitol, édulcorant de sodium, eau
pour préparations injectables).

MISE EN GARDE : Pour
l'insémination oculaire, ne pas
laisser le médicament à la portée
des enfants !

**DURÉE ET CONDITIONS DE
CONSERVATION :** A conserver
en-dessous de 30 °C. A utiliser
après l'ouverture.

INDICATIONS, POSOLOGIE :
Oeil sec. Lire attentivement la
notice intérieure. Mise en vente
obligatoire en pharmacie.
DE Agence n° 09/17N163/445
AMM Tunisie n° 2743011
AMM Maroc: 10 DMP/21/NMP

**TITULAIRE ET FABRICANT /
DISTRIBUTEUR :**
Dr. Mann Pharma -
Bausch & Lomb GmbH
Brunsbütteler Damm
165-173, 13581 Berlin

®/® sont des marques de Bausch & Lomb
Incorporated ou de ses filiales.
Bausch & Lomb Incorporated
est une société américaine.
Bausch & Lomb Incorporated
est une société américaine.

495925188/2-MAG

9196701

7/12.07.2012

27 x 27 x 70

التركيب لـ 1 مل:

3,20 ملغ هيدروميتولوز.

(مكونات: ستيريم،

هيدرو-فوسفات الصوديوم

الدوديكانيلاتي، هيدروجنو-فوس-

فات صوديوم أنهدراي، سوربيتول،

إيديات الصوديوم، ماء

للمستحضرات قابلة للحقن).

تحذير:

للتنظيف في العين.

لا تتركه في مقلوك الأطفال.

مدة وشروط الصلاحية.

يحفظ في درجة حرارة لا تلي من

30° م. يجب استعماله في الأسبوع

الذي يلي التفتيش.

حالات الاستعمال، التحذيرات:

خفيف العين، يجب قرادة

الشعر، ودخل العين، والتلف.

ينبغي إلزاميا في المستشفيات.

حيث التجارب رقم

09/17N163/445

AMM Tunisie n° 2743011

AMM Maroc: 10 DMP/21/NMP

AMM Maroc: 10 DMP/21/NMP



(14)

16

BAUSCH + LOMB

Artelac®

Hypromellose 3,20 mg/ml

أرتلاك

هيدروميتولوز 3,20 ملغ/مل



Collyre en solution

قطرات يمكن محلول

• Flacon de 10 ml

قطرة واحدة 10 مل



BAUSCH + LOMB

Artelac®

Hypromellose 3,20 mg/ml

أرتلاك

هيدروميتولوز 3,20 ملغ/مل

ANNAJAH



نظارات النجوم

ROKENEDDINE Redouane El Idrissi
Bd. Moudiboukeita, Bloc G
N° 27 - Casablanca
Rég. Com N° : 352640
Patente N° : 36612796
I. F : 4 5 5 2 5 2 5 0
ICE : 000885051000058
GSM : 06.64.27.21.94

ركن الدين رضوان الإدريسي
شارع موديبو كيتا، بلوك ج
رقم 27 - الدار البيضاء
السجل التجاري : 352640
بتانتا رقم : 36612796
الضريبة : 45525250 : ICE
000885051000058 : ICE
المحمول : 06.64.27.21.94

N° 0000424

Casablanca, le 27-10-2022

M KHALFI MINA Doit

Docteur	BENMOUSSA KH		
Nomenclature N°	732 - 733		
VL OD : cyl	sph + 1.75		
OG : cyl	sph (-0.5 : 1.75) + 1.75		
VP OD : cyl	sph + 4.5		
OG : cyl	sph (-0.5 : 1.75) + 4.5		
Verres :	VLURCAR / VPURCAR = 3000,00		
Montures :	plastique = 500,00		
Facture arrêtée à la somme de :	3500,00		

O

OG