

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° W21-763438

245240

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07587 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ARIAS ET MOUSTAFA
 Date de naissance : 01 01 1959
 Adresse : 3 AVEUE ARMASSIRA Aguer
 Tél. : 0661336911 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. LOUBNA 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 : ARIAS ET MOUSTAFA
 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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
08/12/2022		2	3000 \$	INP : 09108589
			Dr. LOUDNA KHAYAR OPHTALMOLOGISTE	

Dr. LOUBNA KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
14-A, 1^{er} Etage N° 2 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL YOSSR Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne Bouar Takourante Sidi Ali Ben Hamidouche K. 4.9 Azemmour - Route de La Plaine - Far Casa Tél : 05 23 37 64 20		125.20

Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne
Douar Takourante Sidi Ali Ben Hamdouche K. 49
Azemmour - Route de La Plaine - Par Casa.
Tél : 05 23 37 64 20

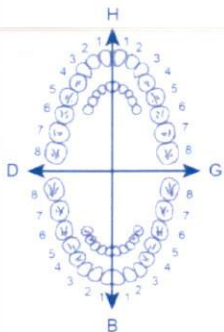
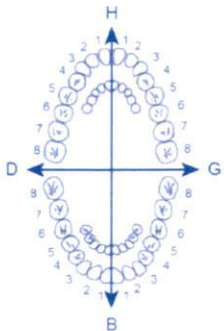
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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"/>													
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <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 :

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste 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 à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le :

08/12/20

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالاشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

Dr: **Pharmacie EL YOSSR**
Dounane EL MALEH - Pharmacienne
Douar Takourante Sidi Ali Ben Hamdouche K. 19
Azemmour - Route de La Plage - Far Casa
Tél: 05 23 37 64 20

30.10 12/5/20 Paris 10888
1) - Taxisol 1gte x 3; 08.
41.00. 2) - G. L. 1gte x 4; 71 Aug.
54.10 3) - Larmesade 1gte x 3; 1mg

125.20
Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

235, شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

Date de première ouverture /
تاريخ فتح العبوة لأول مرة

Posologie :
المقادير :

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable :
Mme Amina DAOUDI

موزع من طرف :
كوبير فارما
41 زقاق محمد ديواري،
الدار البيضاء المغرب
المسئول: أمينة الداودي

Titulaire
LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
FRANCE

المالك

مخابر ثيئا
12 شارع لويس بليريو
63017 كليرمون فيران سينكس 2
فرنسا



GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

Fabricant
FARMILA THEA FARMACEUTICI S.P.A.
Via E.Fermi, 50
20019 SETTIMO MILANESE (MI)
ITALIE

المنتج
فارمिला - تيئا فارمaceutici ش.ب.أ.
فييا E فيرمي، 50
20019 - ستيمو ميلانيز (م ي)
إيطاليا

Thea



Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DHS

406994