

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'Y
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

M23-012348

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun SAAD

Date de naissance : 18/28/77

Adresse :

Tél. : 0678095601 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 : ALD ALC Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
13/11/23		5	3000/11	Dr. Omar LEZREK Ophtalmologiste Imm. B, Rue Bait Lahem, Appt. N°4 Rabat - Tél.: 05 37 73 44 17 GSM : 06 63 71 65 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MARNE 42, Rue Patrice Lumumba RABAT Tél.: 0537 76 83 11-0537 76 42 57	13/11/23	150.000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE UNIVERSELLE KAMYANIS PHARMA SARL Avenue Amr Ben Abdellah - Rabat Tél : 05 08 50 86 79 ICE : 002849918000083	13/11/23		15000

AUXILIAIRES MEDICAUX

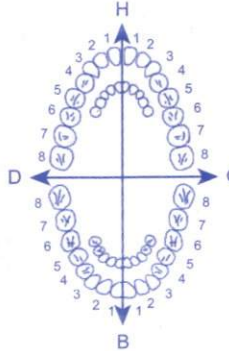
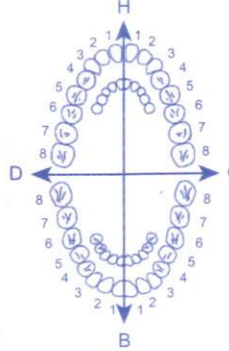
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																						
				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>H</td> <td></td> <td>H</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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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



Rabat, le 13 novembre 2023

Mr BEN JELLOUN DAKHAMA
Saad

15000
1/ HYLO-PARIN

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 21 jours

PHARMACIE DE LA MERNEE
KAYANS RABAT SARO
42, Rue Bait Lahem - Rabat
Avenue Al Fakhri - Rabat
Tel.: 0537 76 83 08-0537 76 42 57
ICE : 002840018000083

Dr. Omar LEZREK
Ophthalmologiste
Imm B, Rue Bait Lahem, Appt. N°4
Rabat - Tel.: 05 37 76 83 08
GSM: 06 63 71 65 75
ICE: 121404056

PHARMACIE DE LA MERNEE
42, Rue Bait Lahem - Rabat
Avenue Al Fakhri - Rabat
Tel.: 0537 76 83 08-0537 76 42 57

Angle Avenue Mohamed V Rue Bait Lahem, Imm B Appt N°4, 2 étage-Rabat (Près de la Gare Rabat Ville)

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة بيت لحم، عمارة "ب" شقة رقم 4، الطابق الثاني الرباط (قرب محطة القطار الرباط المدينية)

Email: lazrakophtalmo@gmail.com

Tel/Fax: 0537734417

GSM: 0663716575

BD 11811
15



هيلو
بارين

6

يحتفظ به بعد 6 أشهر
من فتح العبوة



Pour l'hydratation et le soin de la
cornée et de la conjonctive de l'œil
irrité, souffrant de rougeur, de brûlures
ou de démangeaisons.

من أجل الترطيب و العناية بالقرنية و
ملتحمة العين المصابة باحمرار ، حرقه ،
أو حكة.

CE 0344



STERILE A

قطرات عيون مرطبة تحتوي
على هيبارين الصوديوم
للحفاظ على سلامة القرنية و التهاب
الملتحمة

خال من المواد الحافظة.
ملائم للعدسات اللاصقة.

10 مل - 300 قطرة

منتج للعلامة التجارية

هيلو أي كير



LOT

PPC:



HYLO PARIN®



URSAPHARM

URSAPHARM Arzneimittel GmbH
Industriestraße 35
66129 Saarbrücken
Allemagne

10 ml de solution stérile sans phosphate
pour utilisation ophtalmique

10 مل من المحلول المعقم الخالي من
الفوسفات للاستخدامات العينية.



Ne pas utiliser plus de
6 mois après l'ouverture
du flacon.



HYLO PARIN®

Collyre hydratant
avec héparine sodique

Pour le soin de la cornée et de la
conjonctive irritée

Sans agents conservateurs.
Compatible avec des
lentilles de contact.

10 ml ~ 300 gouttes

Un produit de la marque

HYLO® EYE CARE

25 °C

Hyaluronate de sodium 1 mg/ml et
héparine sodique

هياالورونات الصوديوم 1 ملغ/مل
وهيبارين الصوديوم

Distributeur :

KIT MED

33, rue Lahcen Al Arjoun
Quartier des Hôpitaux
Casablanca / Maroc



4 031626 710802

31.2809
CBA