

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

Declaration de Maladie

N° W19-545393

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 673 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *Chimiste*

Nom & Prénom : RABOUH Zineb

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 62 76 81 28 05 22 91 24 96 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

24 SEP. 2020
ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RABOUH Zineb Age :

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

Nature de la maladie : Affection 3 SEP. 2020

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le :

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	
24.06.2024		cr	300 DA	INP : 3982057	
				Dr. Loubna KHAYAR OPHTALMOLOGISTE B El Mansour, Rés.	

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
2^e Etage N° 2 - Casablanca
Tél. 05 22 05 12 89

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Pasture
	24/6/80	526,70

[illegible]

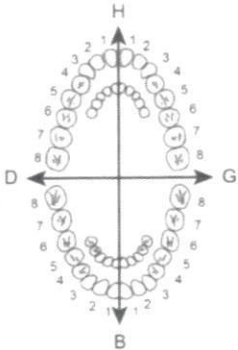
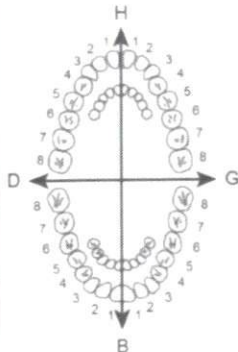
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	[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'EXE

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


[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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:

24.06.2024

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

77.40
1) Dexafree 1/4te
(1 boite)
180.00 x 2
2) Hylogel 1/4te x 4
3) 3 / 001
4) 2 / 03
5) 1 / 03
6) 1 / 03
7) 1 / 03
8) 1 / 03
9) 1 / 03
10) 1 / 03
11) 1 / 03
12) 1 / 03
13) 1 / 03
14) 1 / 03
15) 1 / 03
16) 1 / 03
17) 1 / 03
18) 1 / 03
19) 1 / 03
20) 1 / 03
21) 1 / 03
22) 1 / 03
23) 1 / 03
24) 1 / 03
25) 1 / 03
26) 1 / 03
27) 1 / 03
28) 1 / 03
29) 1 / 03
30) 1 / 03
31) 1 / 03
32) 1 / 03
33) 1 / 03
34) 1 / 03
35) 1 / 03
36) 1 / 03
37) 1 / 03
38) 1 / 03
39) 1 / 03
40) 1 / 03
41) 1 / 03
42) 1 / 03
43) 1 / 03
44) 1 / 03
45) 1 / 03
46) 1 / 03
47) 1 / 03
48) 1 / 03
49) 1 / 03
50) 1 / 03
51) 1 / 03
52) 1 / 03
53) 1 / 03
54) 1 / 03
55) 1 / 03
56) 1 / 03
57) 1 / 03
58) 1 / 03
59) 1 / 03
60) 1 / 03
61) 1 / 03
62) 1 / 03
63) 1 / 03
64) 1 / 03
65) 1 / 03
66) 1 / 03
67) 1 / 03
68) 1 / 03
69) 1 / 03
70) 1 / 03
71) 1 / 03
72) 1 / 03
73) 1 / 03
74) 1 / 03
75) 1 / 03
76) 1 / 03
77) 1 / 03
78) 1 / 03
79) 1 / 03
80) 1 / 03
81) 1 / 03
82) 1 / 03
83) 1 / 03
84) 1 / 03
85) 1 / 03
86) 1 / 03
87) 1 / 03
88) 1 / 03
89) 1 / 03
90) 1 / 03
91) 1 / 03
92) 1 / 03
93) 1 / 03
94) 1 / 03
95) 1 / 03
96) 1 / 03
97) 1 / 03
98) 1 / 03
99) 1 / 03
100) 1 / 03

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

89,00

Xcili wash

Presc 11 - 8 Aug

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

Y8 526, 10.



بدون مواد حافظة

ans conservateur

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة بـ 0,4 مل.
وعاء أوعية أحادي الجرعة بـ 0,4 مل.

ديكسافري 1 مل/مل

Boîte de 30 récipients unitaires de 0,4 ml

Collyre en solution en récipient unitaire

Dexafree 1 mg/ml

FR COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone..... 1 mg

Sous forme de phosphate sodique de dexaméthasone pour 1 ml de solution.

LISTE DES EXCIPIENTS

Edétate disodique, phosphate disodique dodécahydraté, chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

التركيبية AR

فوسفات الديكساميثازون..... 1 ملغ

في شكل فوسفات الصوديوم

الديكساميثازون ل 1 مل من المحلول.

قائمة السواغ

إيديتات ثنائي الصوديوم، فوسفات ثنائي

الصوديوم الاثني عشر الاماهة، كلوريد

الصوديوم و ماء لتحضير الحقن

عن طريق العين.

E 1915U30MAC/0916

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا تبتلع - لا تحقن
احذر الجرعات الموصوفة

قائمة 1 / 1 LISTE

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



DE Algérie n° : 14/17G 173/022

Enreg. TN :

Enreg. MA : 441/15/DMP/21/NNP

رقم مقرر التسجيل بالخارج : 14/17G 173/022

رقم التسجيل بتونس : 441/15/DMP/21/NNP

رقم التسجيل بالمغرب : 441/15/DMP/21/NNP

Médicament autorisé N° : 3400937477680

دواء مرخص رقم : 3400937477680

Code CP 13



3400937477680



Lot / Fab / EXP



7K53
02 2019
02 2022



Lot



20 Single-dose
5 ml Containers

OPHTALMED
PPC
89.00 DHS

Xailin
Wash



Sterile eye wash solution
Children and adults

PRESERVATIVE FREE
Non-injectable

visu^ofarma

HYLO[®]- GEL

HYLO[®]- GEL

Sans agents conservateur



Hyaluronate de sodium
2 mg/ml

**Collyre
humidifiant**

Distributeur:

KIT MED

33 Rue Lahcen Al Aarjouné,
Quartier des Hôpitaux
Casablanca / Maroc

Compatible avec
tous types
de lentilles


Conserver à température ambiante


Ne pas utiliser plus de 6 mois
après ouverture.

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique



4 031626 710789

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

180,00

90.1055
CAB



2022-02

LOT

295975

HYLO[®]- GEL

HYLO[®]- GEL

Sans agents conservateur



Hyaluronate de sodium
2 mg/ml

**Collyre
humidifiant**

Distributeur:

KIT MED

33 Rue Lahcen Al Aarjouné,
Quartier des Hôpitaux
Casablanca / Maroc

Compatible avec
tous types
de lentilles


Conserver à température ambiante


Ne pas utiliser plus de 6 mois
après ouverture.

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique



4 031626 710789

 **URSAPHARM**

 **URSAPHARM**

180,00

90.1055
CAB



2022-02

LOT

295975