

# 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 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

- Reclamation : 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.

**Maladie**     **Dentaire**     **Optique**     **A**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12673    Société : ROYAL AIR MAROC

Actif     Pensionné(e)     Autre : RABOOTH Zineb

Nom & Prénom : RABOOTH Zineb

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : 06 62 76 81 28    Total des frais engagés : 88

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : RABOOTH Zineb    Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

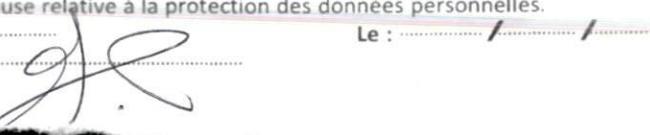
Nature de la maladie : Affection oculaire

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'adhérent(e) et au 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE 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
14.06.2024	CR	300	300	INP : 3482035 Dr. Loubna KHAYAR OPHTALMOLOGISTE El Mansour, Rés

~~EXECUTION DATE OR DATES~~

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### [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

# 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:

24/06/2014

رخصة السياقة

الدار البيضاء في

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

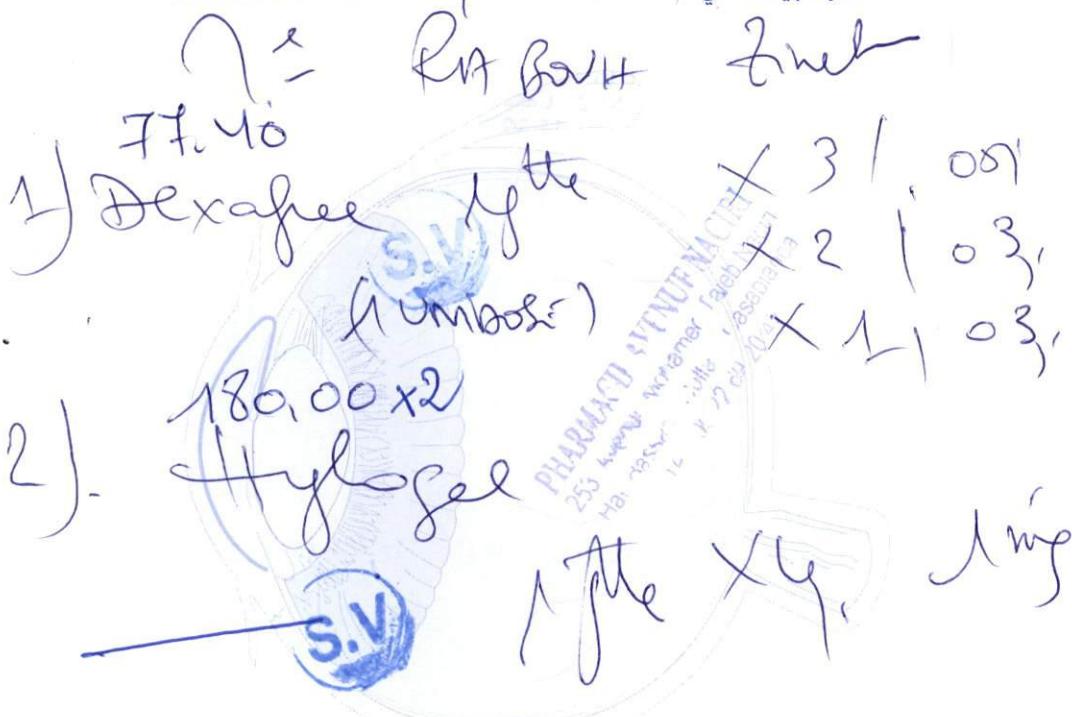
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت



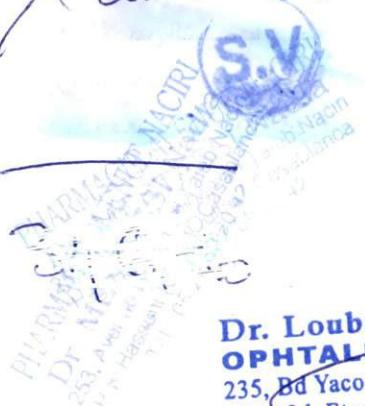
Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

235, شارع يعقوب المنصور - 1- قامة 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. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

89,00

Xabi wash

May 15 1989



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

Y8 526, 10.

دیکسافر ی 1 ملن/ممل  
علیه تحوی على  
وعاء أولعية أحادي الجرعة بستة 0,4 ممل  
 محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة  
 30

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

EDÉ Algérie n° : 14/17G 173/022  
Enreg. TN :  
Enreg. MA : 44/15/DMP/21/NN

14/17G 173/022 (رقم مقرر التسجيل بالجزائر : 441/15/DMP/21/NNP) رقم التسجيل بتونس : رقم التسجيل بال المغرب :

Médicamenteut autorisé N° : 3400937477680  
3400937477680 : قیمت خاص

Code CIP 12

A standard 1D barcode is positioned vertically on the left side of the page, consisting of a series of horizontal black lines of varying widths.

التركيبيّة AR

في شكل فوسفات الصوديوم الديسالينيتازون ل 1 مل من المحلول.

عن طريق العين.

10t / Fah / EXP

三

୩୦

Visufarma

STERILE eye wash solution  
Children and adults  
PRESERVATIVE FREE  
Non-injectable



OPHTALMED  
PPC  
89.00 DHS

Xailin Wash

20 Single-dose  
5 ml containers

LOT



# HYLO®- GEL

Sans agents conservateur



## Collyre humidifiant

Compatible avec  
tous types  
de lentilles

**10 ml**  
de solution stérile  
sans phosphate  
pour voie ophtalmique

# HYLO®- GEL



Hyaluronate de sodium  
2 mg/ml

### Distributeur:

KIT MED  
33 Rue Lahcen Al Aarjoune,  
Quartier des Hôpitaux  
Casablanca / Maroc

Conserver à température ambiante

Ne pas utiliser plus de 6 mois  
après ouverture.



4 031626 710789



180,00

2022-02

LOT

295925

90.1055  
CAB

# HYLO®- GEL

Sans agents conservateur



## Collyre humidifiant

Compatible avec  
tous types  
de lentilles

**10 ml**  
de solution stérile  
sans phosphate  
pour voie ophtalmique

# HYLO®- GEL



Hyaluronate de sodium  
2 mg/ml

### Distributeur:

KIT MED  
33 Rue Lahcen Al Aarjoune,  
Quartier des Hôpitaux  
Casablanca / Maroc

Conserver à température ambiante

Ne pas utiliser plus de 6 mois  
après ouverture.



4 031626 710789



180,00

2022-02

LOT

295925

90.1055  
CAB