

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'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

Declaration de Maladie

N° W19-521464

ND = 27819

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MIKHANTAR FATNA
 Date de naissance : 01-01-1944 à Casablanca
 Adresse : Hay ELHANA Rue 30 N° 11 Casablanca
 Tél. : 0661609721 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MIKHANTAR Fatma Age :

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

Nature de la maladie : Anomalie de Refraction Pm + prs

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) :

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
17/02/2020	as		25000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] INPE : 091169299

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAOUH Rue [] [] [] [] [] [] [] [] Tél: 0522 39 91 24	11-02-2020	115,40

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	
ECOOPTIC N.P.E: 095015319 ICE: 001543531000034	17/03/2020					300000

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] []																
				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 colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
G																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 11 FEB 2020

MKHANTAR Fatna

29,40

1) Chibrocadron



PHARMACIE EL JAOU
Rue 22 11 - Boukhra
Casablanca
Tél.: 0522 39 91 24

29,40 = 215

86,00

2) Hye



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



A.M.M. Maroc
N° 116 DM/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Boukhara - MAROC

115,40 = 215

الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
51، شارع واد درعة (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca
الهاتف: 0661 31 15 58 - 0522 89 75 38

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألف - الدار البيضاء
54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38
GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 • E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور الرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بناني - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

ES OPTIC
EL KORAYEM DAHIAN
Opticien - Optométriste
12, Rue Oued Deraâ N° 53
Oulfa - Casablanca
sm : 06 61 46 23 60 - Tél : 05 22 89 75 38

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

M KHANTAR Fatma

D

(OEil droit)

Porter

habituellement: $+4.5$

G

(OEil gauche)

$+4.0 (-0.5 \text{ à } 100)$

Porter pour

la lecture :

$+2.5 \text{ ODC}$

V. Progreff
V. Photocroniques

AX-Int

Avec l'avis



Casablanca, le :

11 FEB 2020

الدكتور الرواني مصطفى
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
54 شارع واد درعة الألفية، الدار البيضاء
الهاتف: 06 61 31 15 58 - 05 22 89 75 38

Signature

54 شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة Q الطابق السفلي الألفية، الدار البيضاء - الهاتف: 06 61 31 15 58 - 05 22 89 75 38

54 RDC Groupe Q Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38 - 06 61 31 15 58 - 06 63 73 04 95



**Lubricant ophthalmic solution
with sodium hyaluronate 0.4%**
10ml bottle

Composition

Sodium hyaluronate 0.4%, dibasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride for injection.

How is presented?

HYE is an ophthalmic solution in a bottle.

What is it?

HYE is a 0.4% ophthalmic solution of sodium hyaluronate, obtained by biotechnology. It has muco-mimetic, muco-adhesive and stabilizes the tear film stability and keeps the ocular surface moist.

When should it be used?

The lubricant, moisturizing and protective qualities of sodium hyaluronate relieve irritation, dry, burning and foreign body sensation caused by exposure to environmental elements such as wind, sun, dry air, smoke, excessive light, air conditioning, heating, prolonged use of contact lenses, ocular surgery, conjunctivitis, contact lenses use.

Hye

Sodium hyaluronate 0.4%
Lubricating ophthalmic solution

Composition: Sodium hyaluronate 0.4%, dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride; sodium edetate; water WFI.

The lubricant, moisturizing and protective qualities of sodium hyaluronate relieve irritation, dry, burning and foreign body sensations in the eyes due to environmental elements such as wind, sun, dry air, salt water, smoke, excessive light, air conditioning, heating, prolonged use of computer or ocular surgery, conjunctivitis, contact lenses use.

The product should be used within 30 days from first opening. Keep out of the reach and sight of children. The product is for external ophthalmic use only. Do not use after the expiry date.



FARMIGEA S.p.A.

Via G.B. Oliva, 8

56121 PISA, Italy/Italia

Importateur: B2S Health Services, Villa 44,
lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat

STERILE

CE 0546



PPC 86,00 DH

LOT



Nom: **MKAANTAR**
 Adresse: **FALNA**
 Ville: Casa Téléphone: *****
 Medecin: **FL MAROUANI**

Ref Client

CODE INPE: 095015319

Date: 17/03/2020

ECO OPTIC

N.P.E: 095015319

ICN: 001543531000034

Medecin

FACTURE

Monture Optique

correction

Réf

plastique

	SPH	CYL	AXE	ADD
OD	+4,5	-		+2,5
OG	+4,0	-0,5	100°	+2,5

Type des Verres

VL

VP

progressif anti-reflex
 photochromatique
 1,61

Indice

ORDONANCE	DESCRIPTION	PRIX
1 Monture		500 DA
2 Verres VL		2500 DA
2 Verres VP		—
TOTAL HT		—
Dont T.V.A 20%		—
TOTAL TTC		3000 DA

Arrêtée la présente facture à la somme en Dirhams de :

à trois mille dh

Kodak LENS

Numéro
RX0006203875

Date
11/02/20



RX0006203875

Désignation

Kodak Intro 1.5 TR Grey

Oeil	Sph	Cyl	Axe	Add
G	04.00	00.00		02.50

Kodak LENS

See the *Colors* of Life

Licensed
Product

Kodak

CE

The Kodak trademark and trade dress
are used under license from Kodak.
© 2014 Signet Armorlite, Inc.

www.signetarmorlite.com

Singapore 339338.
201 Kallang Bahru #04-00,
Singapore

AMERICA

1-7 Apollo, Olympus Park,
Gloucester, GL2 4NF,
UK

EUROPE

5803 Newton Drive, Suite A,
Carlsbad, CA 92008
USA

AMERICAS

Signet Armorlite

Kodak LENS

Numéro
RX0006203875

Date
11/02/20



RX0006203875

Désignation

Kodak Intro 1.5 TR Grey

Oeil	Sph	Cyl	Axe	Add
G	04.00	00.00		02.50

Kodak LENS

See the *Colors* of Life

Licensed
Product

Kodak



The Kodak trademark and trade dress
are used under license from Kodak.
© 2014 Signet Armorlite, Inc.

www.signetarmorlite.com

Singapore 339338.
201 Kallang Bahru #04-00,
Singapore

AMERICA

1-7 Apollo, Olympus Park,
Gloucester, GL2 4NF,
UK

EUROPE

5803 Newton Drive, Suite A,
Carlsbad, CA 92008
USA

AMERICAS

Signet Armorlite