

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

W'D 74602 N° W19-587715

☒ Maladie ☒ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4856 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GHABBAR MOSTAFA  
 Date de naissance : 18/05/61  
 Adresse :  
 Tél. : 0661 965316 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : GHABBAR Mostafa 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'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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cocher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Optique Mille Optométriste &amp; Opticien</i></p> <p><i>PHARMACIE AL NOU</i></p> <p><i>0920209512</i></p> <p><i>01/6/2011</i></p> <p><i>21/6/2011</i></p>		<p><i>377,5</i></p> <p><i>2100,-</i></p>

[illegible]

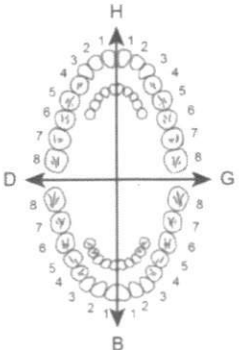
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

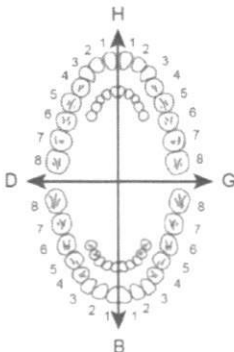
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
 <p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the midline outwards on each side. The labels H, B, D, and G mark the four quadrants.</p>	<b>H</b>  25533412    21433552 00000000    00000000 <hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> <b>D</b> <b>G</b> 00000000    00000000 35533411    11433553 <hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> <b>B</b>		<input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



# 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

**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

Casablanca, le : 01.06.2021 في : الدار البيضاء

447.10 GUASSAR Nostraf

1) the dose 1gt x 3. f 2gt

77.10 2) Dexafree 1gt x 3. f 1gt

3) phylau 1gt x 3. f 1gt

4) the dose 1gt x 3. f 1gt

577.50

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

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouafi,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DRAGUET

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

VR2762C10MAP/0919

MA

3662042003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura-Maroc  
N°Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20DM  
PPC : 147,00DH

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

3,5G

Boîte de 1 tube

Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/16 DMP/ 21/ NRQ

6 118001 070602

69020-4

# 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 : 01.06.2021 في الدار البيضاء.

92 GHABBAR A. Haffa

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+0.75 (- 1.95)

OEIL GAUCHE

+ 1.00

Very good results

ADDITION VISION DE PRES

+2.00

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

Optique Mlle pour Cent  
Optométriste & Opticien

# Optique 1000 %

## Opticien - Optométriste

**Facture : № 000185**

Date : \_\_\_\_\_

**Mr :**

**Docteur :**

**Type des Verres :**

**Monture :**

### Vision de Loin :

OD

## Axe

**Cyl**

**Sph**

OG

## Axe

**Cyl**

**Sph**

**Vision de Prés :**

OD

## Axe

**Cy**

**Sph**

OG

**Axe.**

Cyl

**Sph**

**Add :**

**Montant :**

**N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca**

**ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426**

**T.P : 023451 - Patente : 30057211**