

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-698295

21/5/66/2

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **08700**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : **320 + 246,8 + 332,5 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

**Dr BENNOUNA Kamel**  
OPHTALMOLOGISTE  
77, Rue Prince Moulay Abdallah  
CASA, Tél. : 0522 27 51 75  
0522 47 08 80

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **18/05/2022**

**DR BENNOUNA KAMEL**  
OPHTALMOLOGISTE  
77, Rue Prince Moulay Abdallah  
CASA, Tél. : 0522 27 51 75  
0522 47 08 80

**FARIS Abdellah**

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

## 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
15/03/22	S		300	INP : 001021060 Dr BENNOUNA Kama OPHTALMOLOGISTE 77, Rue Prince Moulay Abdellah

**Dr BENNOUNA Kamal**  
OPHTALMOLOGISTE  
77, Rue Prince Moulay Abdallah  
CASA. Tél. : 0522 27 51 75

EXECUTION DES ORDONNANCES 0522 47 08 90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	18/01/2022					106 x 2

#### BELEVE 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 de l'ODF.

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"/>	
					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"/>
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
		<b>H</b>			
$\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$		<b>G</b>			
<b>B</b>					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENNOUNA Kamal

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

MALADIES et CHIRURGIE des YEUX

CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER

ANGIOGRAPHIE - LASER

الله لتوه بنونه كمال

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبولي

جراحة قصر النظر بأشعة الليزر

الدار البيضاء في

Casablanca Le, ..... 15/03/2022

Monsieur FARIS Abdelali

- ZYLET  
1 goutte, 4 fois par jour, 5 jours

puis  
1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours  
1 goutte par jour pendant 5 jours

- LARMABAK 0,9%, 10ML  
1 goutte, 3 a 4 fois par jour,

- ZALERG  
1 goutte, 2 fois par jour



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

pendant 2 mois

PHARMACIE  
Dr. A. AAMI ZINEB  
Desiré Désiré 6157  
Mosquée Naouras Lot Naouras  
Casablanca - 0522 29 28 59

BENNOUNA Kamal  
OPHTALMOLOGISTE  
1, Rue Prince My Abdellah - C.  
T: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08



05 22 27 51 75

05 22 47 08 90

77. زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع بلا الياقوت) - الدار البيضاء  
77, Rue Prince Moulay Abdellah ( Angle Bd . Lalla Yacout ) - Casablanca

**Docteur BENNOUNA Kamal**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

*MALADIES et CHIRURGIE des YEUX*

*CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER*

*ANGIOGRAPHIE - LASER*

**دُوَّرْ بِنْوَنَةَ كَمَال**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

**خريج كلية الطب بمونبولي**

**جراحة قصر النظر وأشعة الليزر**

**الدار البيضاء في**

15/03/2022

Casablanca Le, .....

Monsieur FARIS Abdelali

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

VERRES PROGRESSIFS ANTIRÉFLETS

Oeil Droit : (75° -0,50) -3,25 , Addition + 2,00

Oeil Gauche : (90° -0,50) -2,50 , Addition + 2,00

OPTIQUE ARABE POUR CHIRURGIEN  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

RENNOUNA Kamal  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Prince My Abdellah - Casablanca  
T: 0522 27 51 75 / 05 22 47 11

77. زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للا ياقوت) - الدار البيضاء  
77, Rue Prince Moulay Abdellah ( Angle Bd . Lalla Yacout ) - Casablanca



05 22 27 51 75

05 22 47 08 90



# Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

OPTIQUE MILLE POUR CENT

Facture : N° 002365

Date : 18/07/2022

Mr. : Paris - ABDELALI

Docteur : Benyounes Kamal

Type des Verres : verre acrylique  
anti-reflet

Monture : Monture C 900,-

\* Vision de Loin :

OD	Axe	45	Cyl	-0,56	Sph	320,00
OG	Axe	90	Cyl	-0,56	Sph	200,00

\* Vision de Près :

OD	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

OG	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

Add : +2,00

Montant : 330,00

Forfait Prise En Charge

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

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

T.P : 023451 - PATANT : 30057211