

## 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

- 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.

**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 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0057650

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6332 Société : R A M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL ASSAS ABDEERRAHIM  
Date de naissance : 1958  
Adresse : 43 Rue IBN KHALDOUNE  
BERRECHID  
Tél. : 06084917 13 Total des frais engagés : 2754,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/22  
Nom et prénom du malade : EL ASSAS ABDEERRAHIM Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : vice de refraction  
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 : BERRECHID Le : 27/12/22  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
17/12/22		2	200 ptt	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/22	54,17

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/12/22					

# 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															
				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>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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'EXECUTION



Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

17 décembre 2022

Mr. EL ASSAS Abderrahim

5411

**LARMABAK**



1 gtte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

5411

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
OPHTALMOLOGISTE  
Apt05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid, Maroc  
Tél : +212 5 22 03 54 95  
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



# Larmabak 0,9 POUR CENT,

## Collyre

### chlorure de sodium

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

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

lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle

contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

#### Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS

#### Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.



Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTHALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

17 décembre 2022

**Mr. EL ASSAS Abderrahim**

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = + 1.75 (- 0.75 à 80°)

OG = + 2.00 (- 1.00 à 80°)

VP : ODG = Add : + 3.00

OPTIQUE MOUSSAOUI  
Opticien Optométriste  
Bd. E. Bloe 106, N° 7  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 0522 60 34 39 - GSM: 0669 00 97 81

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
OPHTHALMOLOGISTE  
APTOS 2 - Etage Melk Bouchaib 7, Berrechid, Maroc  
Tél: +212 5 22 03 54 95  
E-mail: docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste  
Bloc Kodja 106 Bd. E  
N°7 Bis, El Hay Mohammadi - Casa  
Tél : 06 69 00 97 56  
05 22 60 34 93  
Patente : 32825428



N° 003602

نظارات مساوي  
أخصائي في النظارات البصرية  
بلوك الكدية 106 - الحي المحمدي  
الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي  
الهاتف: 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39  
الباتنتا: 32825428

MOUSSAOUI Abdssamad

Ordonnance de M. le Docteur : BEN OTMANE INPE: 095012357

N° de nomenclature .....	
Correspondant à la prescription .....	
LOIN	$O.D: 80^{\circ} - 0.75 + 1.75$ $O.G: 80^{\circ} - 1.00 + 2.00$
PRES	$O.D: + 3.00$ $O.G: .....$

FOURNITURE

1 Monture : METAL  
2 Verres : progressifs  
ORMA  
Etuils : ANTIREFLET  
Total : 2500 DM

500<sup>DM</sup>  
1000<sup>DM</sup>  
1000<sup>DM</sup>

Arrêtée la présente facture à la somme de  
Casablanca, le 27/12/22

M. ou Mme : ELASSAS Abdenahim

ICE : 001789511000067 - ID : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031

OPTIQUE MOUSSAOUI  
Opticien Optométriste  
Bd. E, Bloc Kodja 106, N° 7  
El Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 06 69 00 34 39 GSM: 0669 00 97 85