

# 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

- 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

## Déclaration de Maladie

M23-003269

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00479 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FANGAR AHMED  
 Date de naissance : 01/01/1946  
 Adresse : Résidence 22 Monsieur AG-B-Ghandi et  
 Yacoub 22 Monsieur IM 37 APP 6 CASA  
 Tél. : 0663295031 Total des frais engagés : 600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Professeur Ouafae BENCHEKROUN  
 Professeur Ophtalmologiste  
 Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
 Tél/Fax : 0522 36 37 08  
 Urgence : 0662 55 19 36  
 Date de consultation : 30/11/23  
 Nom et prénom du malade : Fangar Ahmed  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : vice de l'oeil  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 01/12/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
30-11-23		(5)	3000H	Professeur Ouafae BENCHEKROUN Ophtalmologiste Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca Tel/Fax : 0522 36 87 08 Urgence : 0662 55 19 36

Professeur Ouafae BENCHEKROUN  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax : 0522 36 87 08  
Urgence : 0662 55 19 36

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE DOLMES CASA</b> <b>S.A.R.L.A.U</b> 10, rue Bd Ghandi et Yacoub Mansour - Casablanca Tel: 0500	30/11/23	299.110.
	INPE 092047489	

INPE  
092047489

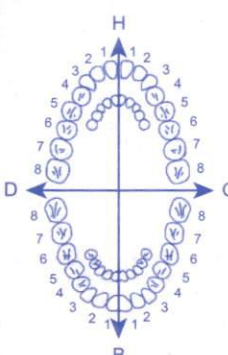
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

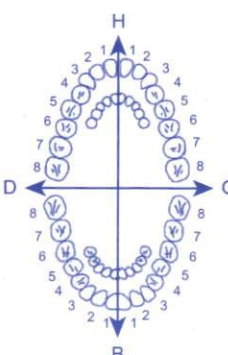
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

**Maladies et Chirurgie des Yeux**  
**Chirurgie vitéro rétinienne**

Angiographie - Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



# الدكتورة وفاء بنشقرن

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

**اختصاصية في طب و جراحة العيون**  
**جراحة الشبكة**

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر  
عدسات الإتصال

Casablanca , le 30-11-23

الدار البيضاء في

Tan Gar Ahmed

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Phylarm

104,00

1 Lait x 2 g

Tobrex colly

26,40

1 gtt x 4

Heye colly

\* 109,00

1 gtt x 3

Albare  
60,00

pol  
de soy



by

299 Lio.

**CILOXAN® 0,3%**  
POMMADE OPHTALMIQUE  
tube de 3,5 g Remboursable AMO  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ  
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855  
692274 MA

**PHARMACIE OULMES CASA**  
**S.A.R.L.A.U**

Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

**Professeur Ouafae BENCHEKROUN**  
**Ophthalmologiste**  
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax : 0522 36 37 08  
Urgence : 0662 55 19 36



26,40

**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml

توبريكس® 0,3 %  
قطرات للعين على شكل محلول  
توبراميسين  
قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %  
Collyre, flacon de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI

6 118000 020417

  
**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé

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

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

...pour usage oculaire

# PhyLarm



HER MEDIC

PPC

16 un

104.00 DHS 0 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**