

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES

### 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.

9450 M23-000351 185125

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9450 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH EL ATMANI M. Wazid

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Présence Iman Kett. Rue soukate

Tél. : 0661.18.11.21 Total des frais engagés : 572,40 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Dr. Louïna KHAYAR  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Cachet du médecin:  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 93 12 89

Date de consultation : 30.11.23

Nom et prénom du malade : Bencheikh el Atmani Age: 68 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 Le : 04.12.2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
30/11/2023		C2	300 Dhs Dr. LONERA KIATAR OPHTHALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Ainfal, Etage N° 2 - Casablanca	

INDE EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ACHARAF SARL</b> Dr SAHIB Mohammed Amine Rue Socrate Maârif - Casablanca Tél: 05 22 25 22 09	<u>30</u> <u>M</u> <u>23</u>	<u>272,40</u>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

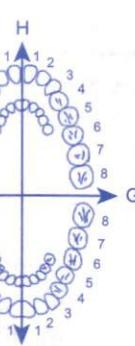
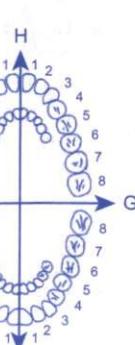
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></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>B</td><td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

**T CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN  
OPHTHALMOLOGISTE

Specialiste 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

DIU - Chirurgie réfractive

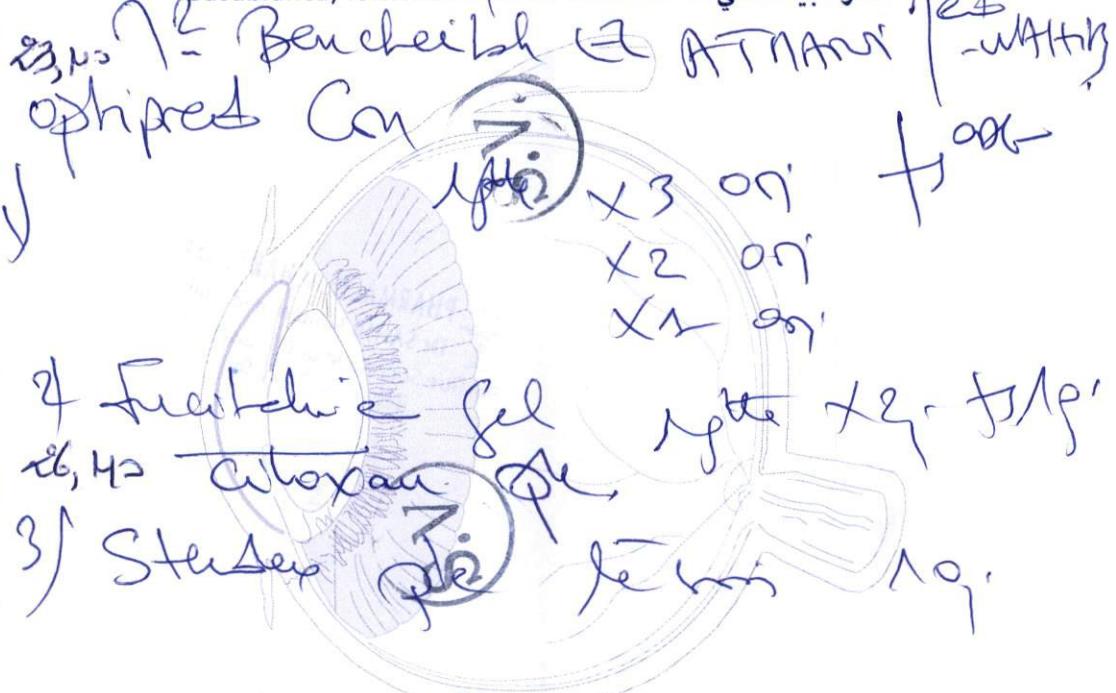
Ex Médecin à l'hôpital 20 Août Casablanca

Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le:

30/11/23



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

الدكتورة لبنى خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

تصحيح النظر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

235، شارع يعقوب المنصور - إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89

235 ,Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im . " A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

168, M

Argentines  d S X 3 0 8'

54, M

dobatesy p le  19,

272, M

Dr LOAONA AYAYAH  
OPHTHALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 25 12 80

PHARMACIE ACHARAF SARL  
Dr SAHIB Mohammed Amine  
96, Rue Socrate Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 25 22 09



09 2025  
09 2022 60  
2076

14

**Sterdex®**  
ستيردكس

**Dexamethasone, oxytetracycline  
ديكسا ميتازون، أوكسي تتراسيكلين  
Pommade ophthalmique en récipient unidose  
مرهم للعين في وعاء أحادي الجرعة**

علبة من 12 وعاء  
Boîte de 12

Théa

Philippe du Chesne

A CONSERVATIVE TEMPERATURE

Ne pas laisser à la portée et la vue

**Sterdex®**  
12 récipients unidoses

Enreg. M : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ  
338R1/17 DMP/21/NRQ  
التسجيل بالمغرب

E26B0CA12MCO/0321

Exp. 02 2025

VPI522 MA

Exp.

28x20x78 mm

787862 MA

TOBRADEX®  
POMMADÉ OPHTALMIQUE

TOBRADEX®  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
0,30,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/21 NRQ

6 118001 070602  
690206 MA

Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Conserver le tube à température ambiante (15-25 °C),  
hors de la vue et de la portée des enfants.  
Jeter 30 jours après la première ouverture du tube.

Composition :  
Chaque gramme de TOBRADEX pommade ophtalmique contient:  
المواد الكيميائية:  
 Principes actifs :  
 Tobramycine ..... 0,3 % ..... توبراميسين  
 Dexaméthasone ..... 0,1 % ..... دexamيثاسون  
 Conservateur :  
 Chlorbutanol ..... 0,5 % ..... كلوروبوتانول  
 Excipients : Paraffine liquide, vaseline blanche.  
 يضاف إلى الصنف المذكور  
 باليافلين، وفازلين أبيض

TOBRADEX®  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
(Tobramycine - Dexaméthasone)

توبرادكس  
صرحه للعين  
توبرادكس  
صوديوم دexamethasone  
0,1% - 0,3%

جودة ممتازة  
جودة ممتازة  
جودة ممتازة

14.

Pi  
(Tobi)  
Tube de 3,5 g  
Voie Ophtalmique



**Composition :**  
 Amoxicilline ..... 1g  
 (sous forme trihydratée)  
 Acide clavulanique ..... 125mg  
 (sous forme de clavulanate de potassium).  
 Contient de l'aspartam (environ 30mg).  
 Mise en garde spéciale : risque d'allergie.  
**Voie orale**  
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
 Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



B200969-01



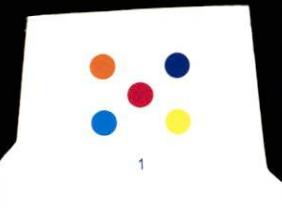
poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet

أوغمنتان ١ غ / ١٢٥ ملخ  
 أموكسيسلين / المحسن كلاروفالاك  
 مسحوق لمستحلق في كيس قابل للشرب

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
 16 sachets



6 1118000 160182



1



هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.  
 يحفظ بعيداً عن متناول ومراعي  
 الأطفال، تحت درجة حرارة  
 أقل من 25° و بعيداً عن الرطوبة.  
 اقرأ النشرة بانتظام قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda,  
 Région de Rabat

Information médicale :  
 GlaxoSmithKline Maroc  
 42 42 Angle Bd Rachidi  
 et Rue Abou  
 Hamed AlGhazali,  
 Casablanca 20 000

buvable en sachet  
 poudre pour suspension

1g /125 mg



1g /125 mg  
 Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.  
 كيس... مرّة في اليوم بتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 168,20 DH  
 LOT: 651420  
 PER: 02/25

