



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-764799

136538

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13198 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KASBAOUI ADAM

Date de naissance : 20-08-1996

Adresse : Hassina 3 dot Terqui N 82
Marakech

Tél. : 0707052117 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Hassina SALMA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection cardiaque (C.B.A.V.)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliconfidentiel 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 : Le :

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
29-09-22	CS	25000		INF : 011265318

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE BAB AL IKRAM Dr. BEN ALI IM KRAM Rond-point de l'Indépendance 02 et 03 Massara 2 - Mirakech GSM : 05 24 49 43 11	29-09-22	1.86,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJET

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

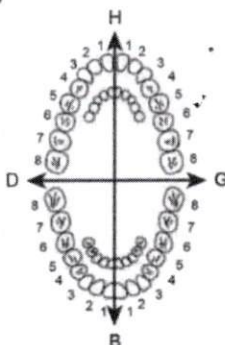
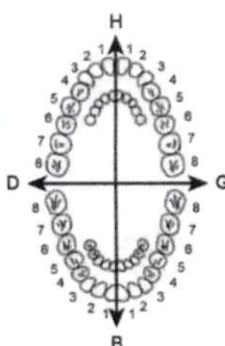
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE LES NARCISSES

+212(0)524 44 75 75 / FAX :+212(0)524 44 86 70

F A C T U R E

N° : 18905 F / 2022 du 29/09/2022

Nom patient **EL ASRANY SALMA**
PAYANT

Entrée 29/09/2022

Sortie 29/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CS OPHTALMO	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Clinique				100,00
DR. EL MANSOURI NAWFAL (chirurgien)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS				
Total				250,00

POLYCLINIQUE
LES NARCISSES
Centre d'ophtalmologie «SS»
112, Quartier O.L.M EL GHOUL, Route de Targa - Marrakech
Tél : 05 24 44 75 75 / Fax : 05 24 44 86 70



POLYCLINIQUE
LES NARCISSES

مصحة النرجس

29 septembre 2022

Mme EL ASRANY SALMA

OPHTASALINE

1 lavage 3 fois par jour, pendant 1 Mois

OTAD

1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois

FLUCON. COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pdt 7 jours

1 goutte 2 fois par jour pdt 7 jours, dans l'œil droit

HYE COLLYRE

4 fois par jour et à la demande, pendant 2 Mois

PHARMACIE BAB AL IKRAM
Dr. BENHIMMICH
Residence Al Ghali Magasins
N°02 et 03 Massira 2 - Marrakech
GSM : 05 24 49 43 11

Polyclinique Les Narcisses, 112 Quartier O.L.M El Ghoul, Route de Targa - Marrakech

مصحة النرجس حي العسكري - تكتة الغول رقم 112 - طريق تاركة - مراكش

Tél.: +212 (0) 524 44 75 75 / Fax: +212 (0) 524 44 86 70
E-mail : contact@polycliquenarcisses.com / www.polycliquenarcisses.com
Administration directe : Tél.: 0524 42 39 36 / Fax: 0524 42 13 07

الفاكس : +212 (0) 524 44 86 70 / الهاتف : +212 (0) 524 44 75 75
E-mail : contact@polycliquenarcisses.com / www.polycliquenarcisses.com
الإدارة الفاكس : +212 (0) 524 42 13 07 / الهاتف : +212 (0) 524 42 39 36

ICE : 001634278000085 - CNSS : 6055330 - IF : 6502289 - TP : 45129466 - RC : 8309

Polyclinique Les Narcisses assure les urgences chirurgico-médicales 24h/24h

مصحة النرجس تضمن دوام المستعجلات الجراحية و الطبية 24 س/24 س



OPHTALMO • SERVICE

Sérum physiologique

مصل فيزيولوجي

Ophta
SALINE
Unidose

20x5ml

OPHTALMO SERVICE

PPC : 65,00 DH

LOT



A014B 2024/12

200514

LABORATOIRES ALCON

4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

FLUCON® COLLYRE

6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance



3400932420285

Fabriqué par
ALCON CUSI, S.A.
E-08320 El Masnou - Barcelonè

Hye

Solution ophtalmique lubrifiante

À base de hyaluronate
de sodium 0,4%

Composition: Hyaluronate de sodium 0,4%, Phosphate de sodium monobasique, Phosphate de sodium dibasique, Chlorure de sodium, Edétate de sodium, Chlorure de benzalkonium, Eau pour préparations injectables.

Les propriétés humectantes et protectrices de l'acide hyaluronique soulagent les yeux dans le cas d'irritation, de brûlure et de sensation de corps étranger due à des facteurs environnants comme le vent, le soleil, l'air sec, l'eau saïée, la fumée de cigarette, la lumière intense, l'air climatisé, le chauffage, l'utilisation prolongée de l'ordinateur, "ou bien" la chirurgie oculaire, la conjonctivite ou l'utilisation de verres de contact.

Ne pas utiliser au-delà de la date d'expiration.

Le produit doit être utilisé dans les 30 jours qui suivent la première ouverture du flacon.

Conserver hors de la portée et de la vue des enfants.

Le produit est à usage ophtalmique externe exclusivement.



8 032668 870147

STERILE A

CE 0546



LOT



PDC
DHS

0150322
2024 03
99,00

914243/01