

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0025910

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : M. 2106 Société : RAM 146564

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HATIMY ROUAD

Date de naissance : 02/08/1955

Adresse : 17 Rue Racine Rés. L'Elysée

UAE Plein Casablanca

Tél. : 0662112367 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatine EL ALAMI
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28 Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hatimy Rouad

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Glaucome

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 : 06/01/2023

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 |
|-----------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/11/23 | C _s + C _r | | 300.04 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE
 28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés Oasis - Casablanca
 Tél: 05 22 23 49 89 / 05 22 23 49 90
 Dr. Fatine EL ALAMI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/10/23

1376,70



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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | G | | B | | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV:227DH00
GANFORT
Allergan



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •

06 janvier 2023

Mme HATIMY Souad

147,00 x 3

THEALOSE COLLYRE (3 boites)

1 goutte 4 fois / jour , et au besoin dans les deux yeux, pendant 3 à renouveler

227,00 x 3

GANFORT: COLLYRE (3 boites)

1 goutte par jour à 20 h , dans l'œil droit pendant 3 mois , à renouveler ne pas arrêter sans avis médical

84,90 x 3

CARTEOL LP 2%: COLLYRE (3 boites)

1 goutte par jour le matin à la même heure , dans l'œil gauche pendant 3 mois à renouveler ne pas arrêter sans avis médical

1376170

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés OASIS - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

Dr. Fatine EL ALAMI
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28 Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

MA
3662042003295
Distribué au Maroc par:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc:
1573/2016/DMP/20/DM

3662042003295
Distribué au Maroc par:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc:
1573/2016/DMP/20/DM

3662042003295
Distribué au Maroc par:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc:
1573/2016/DMP/20/DM
PPC: 147,00 DHS

PHARMACIE EL MILAL
LAABOUD Serwa
77, Rue AL Baqaa
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 05 98 06 - CE: 0015122306

CARTEOL LP 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
PPV: 84,90 DHS
LOT/عيار: H8475
FAB/تاريخ الإنتاج: 05-2022
EXP/تاريخ الانتهاء: 04-2024

CARTEOL LP 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
PPV: 84,90 DHS
LOT/عيار: H8475
FAB/تاريخ الإنتاج: 05-2022
EXP/تاريخ الانتهاء: 04-2024

CARTEOL LP 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
PPV: 84,90 DHS
LOT/عيار: H8475
FAB/تاريخ الإنتاج: 05-2022
EXP/تاريخ الانتهاء: 04-2024



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

06/01/2023

Mme HATIMY Souad a subi une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologie dont le montant s'élève à 300dh (trois cent dirhams)

Dr. Fatine EL ALAMI
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28 Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
PR: EL ALAMI
Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات - الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 89 LG • الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

رؤم م ص: 090060914 • الباتنتا: 34751148 • تج: 40143077 • صوضج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وفا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67