

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-721024

(259925)

Optique

Autres



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

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05222217828

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID

Date de naissance : 24-5-67

Adresse : Rue Gascogne pas de Moul Lillah - 6<sup>e</sup> ét.

APT 2 - CRITEX DS HOPITAUX - CASABLANCA

Tél. : 0661 651366 Total des frais engagés : 808,80 - Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR. DALILA SBAI IDRISSE  
Ophtalmologue  
84, Bd Mly Driss 1<sup>e</sup>,  
Tél. 05 22 59103310

Cachet du médecin :

03 MAI 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AMAROUCHE SAMI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Age : 56 ans

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 : 01/05/23

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
03 MAI 2023	Ophtalmologie	3002	300,00	INP : INPE 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologiste 84, Bd Miy Driss 1er Tél: 05 22 56 06 06

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABDERRAHMANE	03-05-23	508,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

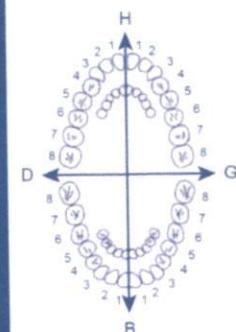
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

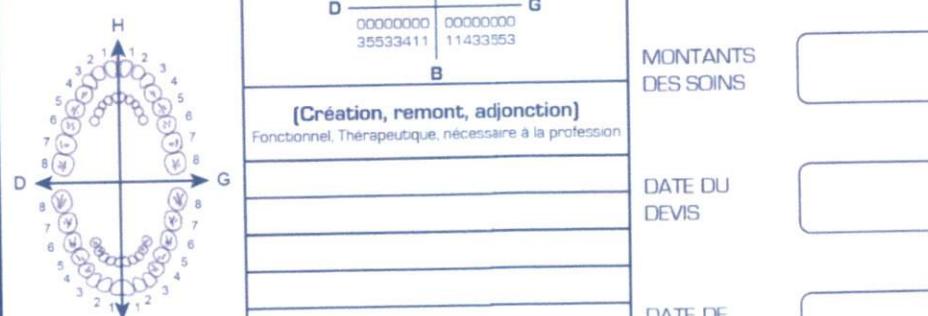
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

de contact

n - Strabologie

fractive

-

6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura

Opatanol® 1mg/ml collyre en solution

Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ

PPV : 90,70 DHS



407253 MA

الإدريسي

د. العيون

(جلالة)

وق الصوتية

الشبكة الوعائي

تحول - تقويم الرؤية بالليزر

HER MEDIC  
PPC

99.00 DHS

sterile

Casablanca, le ..... 03 mai 2023 .....

6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura

Opatanol® 1mg/ml collyre en solution

Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ

PPV : 90,70 DHS



407253 MA

99,00

PHYLARM



lavage oculaire deux fois par jour pdt 10 j

99,00

OPATANOL: COLLYRE



une goutte x 2 par jour pdt 2 mois

54,00

TOBRADEX : PDE



1 application / jour, le soir au coucher pdt 10 soirs

34,00

LIPOSIC GEL



1 Application généreuse le soir au coucher, pendant 6 Mois

140,00

MIXTEARS



1 goutte x 2 à 3 par jour pendant 2 mois

dans les deux yeux

508,80

لا يقبل أي تغيير ل تاريخ الفحص

Résidence WIAM, 84 Bd. Moulay Driss 1<sup>er</sup> - Casablanca - Tél. : 05 22 86 06 06 - GSM : 06 62 77 77 56

E-mail : dsbai2000@yahoo.fr • ICE : 001648675000045 • I.N.P.E : 091033100

Enf. AMAROUCHE Sami

TOBRADEX®

POMMADÉ OPHTALMIQUE

0,3/0,1%

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

Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophthalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1<sup>er</sup>  
Tél: 05 22 86 06 06

