

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-515267

40433

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABOUR AZIZ

Date de naissance : 29.06.1959

Adresse :

Tél. : 0656 00 5856 Total des frais engagés : Dhs

Docteur Mohamed BENNANI

Cadre réservé au Médecin

Ophthalmologiste

Cachet du médecin :

54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Date de consultation : 18.08.2020

Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ Age :

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

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : Le 17 SEP. 2020

Adhèrent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Docteur, signature du Médicament attestant le Paiement des Actes
17/08/20	CV		300	Dr. BELAYACHI Younes INE 081021177 54, Bd. Rachidi - Casablanca Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62

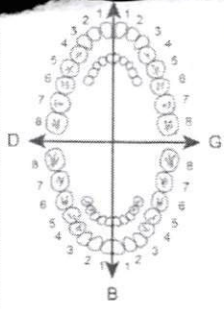
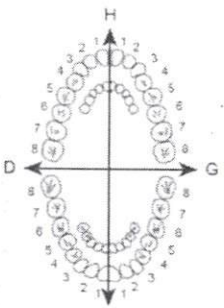
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/08/2020	507.40

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>		MONTANTS DES SOINS	
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D	G																		
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>		<input type="text"/>		DEBUT D'EXECUTION																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		FIN D'EXECUTION																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		MONTANTS DES SOINS																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		DATE DU DEVIS																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le 18 août 2020

Mr. SABOUR Aziz

110.70 x 2

XOLAMOL

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

ALPHAGAN 0,2% (Brimonidine) COLLYRE fl

1 goutte matin et soir, dans l'œil gauche

AZOPT

121.00

1 goutte matin MIDI et soir, dans l'œil gauche

GEL LARMES

41 x 2

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

VITAPOS

79.00

1 application 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 1 Mois

507.40

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22
05.22.22.73.22 : الفاكس - 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع الراشدي - 54

ICE 001709416000017



6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DH
AMM N° 261/18DMP/21/NRS



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH



زولامول®
Xolamol®

Lot: ~~W 40004~~
Fab: 12 19
Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: ~~W 40004~~
Fab: 12 19
Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70

Vita-POS®

PPC: ~~79,00~~
79,00 DH

31.2525

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le mardi 18 août 2020

HONORAIRES :

Mr. SABOUR Aziz

Acte : Consultation : C2.

Montant : 300 DHS (TROIS CENTS DHS).

DOCTEUR Mohamed Bennani

Docteur Mohamed BENNANI
Ophthalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22