

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.

Diagnostique 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° P19- 0041669

ND: 46886

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : M. HAMDI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, Rue Kaldi TASS APO N°8 NABAT

Tél. : 06 70642860 Total des frais engagés : 845 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. HAMDI MUSTAPHA Age : 69

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 : CASABLANCA Le : 11/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
30/09/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca
Tél: 06 27 98 42 73

10/11/20

645,60

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 :

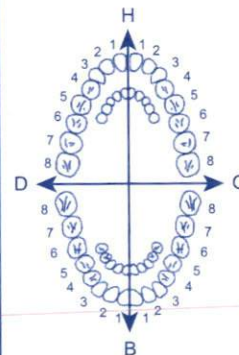
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

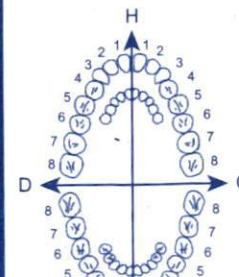
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS




CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

30 septembre 2020

Mr. MHAMDI Mustapha

XALACOM COLLYRE (Latanoprost-Timolol) fl



1 GOUTTE 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

OPATANOL



1 goutte deux fois, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

108,60x6

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Attache, Casablanca
Tél: 05 22 77 05 17 75

T. 645,60

Signature of Dr. Abderrahmane RAISS

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Attache, Casablanca
Tél: 05 22 77 05 17 75

Xalacom
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Xalacom
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Xalacom
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

XALACOM COLLYRE 2,5 ML
P.P.V : 107DH60

COLLYRE 2,5 ML
107DH60

COLLYRE 2,5 ML
P.P.V : 107DH60

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

re en solution
on de 2,5 ml

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

Lot/Exp.:
DJ8901
DG6154
11/2021

Lot/Exp.:
DJ8901
DG6154
11/2021

Lot/Exp.:
DJ8901
DG6154
11/2021

Xalacom
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Xalacom
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

Xalacom
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

XALACOM COLLYRE 2,5 ML
P.P.V : 107DH60

COLLYRE 2,5 ML
107DH60

COLLYRE 2,5 ML
P.P.V : 107DH60

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

re en solution
on de 2,5 ml

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

Lot/Exp.:
DJ8901
DG6154
11/2021

Lot/Exp.:
DJ8901
DG6154
11/2021

Lot/Exp.:
DJ8901
DG6154
11/2021

am - Maarif - 20100 Casablanca - Tél. :
phonelle N° : 35713467 - CNSS N° : 6437
almologie-maroc.com - Web : www.ophtal

☐ valable ⁶~~3~~ mois

Le 30/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

M. MAAMBI. MUSTAFA

Présente

un glaucome chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois renouvelable

(H. un by cours)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
 Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
 6ème Etage, Casablanca

