

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.

éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

55954

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000123

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05792** Société : **RAM**

Actif Pensionnée) Autre :

Nom & Prénom : **Saidi Abdessamad** Date de naissance : **02-01-1960**

Adresse : **RES. WAFA A. JMM 44. APP 1A. WIAM. OUIFA - CASA**

Tél. : **0603 17 54 00** Total des frais engagés : **0.00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **17/12/2020**

Nom et prénom du malade : **Saidi ABDESSAMAD** Age : **60**

Lien de parenté : **frère**

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **prives btyie + secheresse 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 : **CASA**

Le : **17/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/12			250	DR. NAYME
2020			DAI	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/2020	271,32

INPE 092030949

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

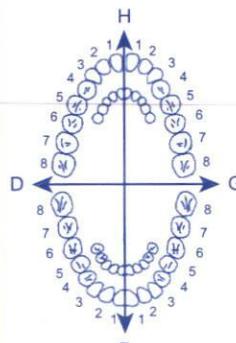
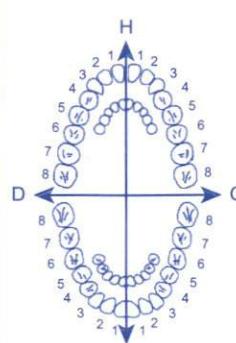
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'état de la dent.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim NAYME

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux



Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة المجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

اصابة العين بداء السكري

شبكة

موقع **VISMED® MULT**

casablanca Le 17 décembre

Mr. SAIDI Abdessamad



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml

A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema

PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO

406865

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou

El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

VISMED

une goutte 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

FLUCON

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours, dans les deux yeux

GEL LARMES

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml

A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema

PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO

406865

5, Bd 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

@ karim.n

ophtalmologie Dr nayme karim

Docteur Karim NAYME

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux



Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kérotocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي والشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca

Le 17 décembre 2020

Mr. SAIDI Abdessamad

Monture + verres correcteurs progressifs

AR

VL : OD = (- 1.00 à 100°)
OG = Plan (- 1.00 à 60°)

VP : ODG = Add : + 3.00

Dr. NAYME Karim
5 Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca
Tél: 0522 36 60 79 06 43 08 22 95
Lot Nassim 1000 Casablanca
Dr. NAYME Karim
Azemour

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Al Ahdaf Casablanca
GSM : 06 48724173

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5، شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزمور سابقا) الجزء النسيم البيضاء

06 48724173 + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

karim.nayme@gmail.com Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

05792
S3346



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

Le 29 décembre 2020

AL FIRDAOUS VISION
AV OUM ERRABIE MAG 021030 LOT AL FIRDAOUS
IMM GH 25 A OULFA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
N/REF : 20203640007384
Adhérent : SAIDI ABDESSAMAD

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDESSAMAD SAIDI.
Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de
3600.00 MAD.

- Part Mutuelle : 2430.00 MAD
- Part Adhérent : 1170.00 MAD

Validité de prise en charge : du 29-12-2020 au 29-03-2021.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de
la présente à la MUPRAS :

**Center d'affaire Allal Benabdelah. 49, Angle Rue Allal Benabdelah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDESSAMAD
SAIDI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.



NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire.
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.

Centre d'affaire Allal Benabdelah. 49, Angle Rue Allal Benabdelah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.
Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

05792
S3346