

CONDITIONS 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.

Biologie 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.
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.

Prothèses :

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.
Le 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

Information



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0036121

56670

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : KHADIA KHADIJA

Date de naissance : 22/02/1948

Adresse : 342 Bd Mohamed V Rabat

Tél : 0662 250446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/2020

Nom et prénom du malade : KHADIA KHADIJA Age : 72

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

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
TAHIRI OPTIC OPTICIENNE OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE 316 BO OULIMADJEL OULFA CASABLANCA Tel / Fax : 05 22 91 33 36	17/12/2020		Usir	facture		500,00
			Ci joint			

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

Début
d'exécution

Fin
d'exécution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient
des Travaux

Montants
des Soins

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

[illegible]



PT201117170324

19 novembre 2020

Mme KHIDIOUI Khadija

HYLOCOMOD: COLLYRE

S.V

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.ma



PT201117170324

19 novembre 2020

Mme KHIDIOUI Khadija

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Antireflets

VP : OD = + 4.25 (- 0.50 à 86°)

OG = + 4.00 (- 0.75 à 91°)

TAHIRI OPTIC
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
CONTACTOLOGUE
316 RD OUM EL BACH EL OULFA CASABLANCA
Tél / Fax : 05 22 91 33 36


Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

TAHIRI OPTIC

FACTURE N° 102 / 2020

M : KHIDILOU KHADIJA

Casablanca, le : 17/12/2020

N° de nomenclature correspondant à la prescription du Docteur	Vision de loin	Vision de près	Double foyer	Supplément
Mikou	OD : OG :	OD : OG :	OD : OG :	

Fourniture :	
Monture	Optique
Verres	organiques Yaous traités antireflet
Monture	
Verres	
<p>TAHIRI OPTIC OPTICIENNE OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE 31600 OUM RABII EL OULFA CASABLANCA Tél / Fax : 05 22 91 33 36</p>	
TOTAL TTC dont TVA 20%	
50900	

La présente facture est arrêtée à la somme de : Cinq cents

Libellé de la notice

HYLO-COMOD®

Hyaluronate de sodium 1 mg/ml

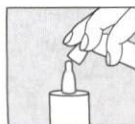
l'hydratation de la surface des yeux secs, ayant une sensation
ayant une sensation de corps étrangers, en pré et post
opératoire, pour les porteurs de lentilles de contact.

sans agents conservateurs

et durée d'emploi:

re dosé individuellement selon vos besoins et la recommandation
ou spécialiste des lentilles de contact. Normalement, il convient
Hylo-COMOD®, 3 fois par jour, dans le sac conjonctival de chaque œil. En
cas de sécheresses, des applications plus fréquentes d'Hylo-COMOD® peuvent être
nécessaires selon besoin. Si vous utilisez Hylo-COMOD® très fréquemment (par ex. plus de
10 fois par jour), veuillez consulter votre ophtalmologue.

Hylo-COMOD® est destiné à une utilisation de longue durée; toutefois, comme pour toutes
les affections, en cas de maux persistants, il vous est recommandé de consulter votre
ophtalmologue.



Retirez le capuchon de l'embout du flacon avant chaque utilisation.



Avant la première application d'Hylo-COMOD®, retournez le flacon et pressez
le fond du flacon (comme indiqué sur le dessin ci-après) autant de fois que
nécessaire pour faire sortir la première goutte de l'embout du flacon. Le flacon
est alors prêt à l'emploi. Cette opération ne doit pas être répétée avant chaque
utilisation.

Maintenez le flacon en position vertical, la pointe dirigée vers le bas et pressez
rapidement et fermement sur le fond du flacon pour actionner le mécanisme
qui délivre une goutte. En raison de la technique particulière du système
COMOD®, la taille et la vitesse de la goutte sont toujours identiques même
en exerçant une pression très forte sur le fond du flacon.



Penchez la tête légèrement en arrière, tirez délicatement la paupière inférieure
vers le bas et appliquez une goutte dans le sac conjonctival inférieur selon
le dessin. Fermez lentement les yeux pour que le liquide puisse se répartir
uniformément sur la surface de l'œil.



Après l'emploi, refermez le flacon soigneusement et rapidement avec le
capuchon. Lors de l'instillation, évitez tout contact entre l'embout du flacon et
l'œil ou la peau du visage.