

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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° M21- 0018539

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5669 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 78205
Nom & Prénom : MEKKI BERRADA Lania
Date de naissance : 08/09/60
Adresse : 26, Rue Imam Al-Auass, Bourgogne
CASA
Tél. : Total des frais engagés : 685,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DAHIL SAAD EL HISSI
Ophtalmologiste
84, Bd My. Dniss Ter
Tél : 05 22 86 06 06
INPE : 091033100

Date de consultation : 07/07/2021
Nom et prénom du malade : MEKKI BERRADA LANIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : 07/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
07/07/2024	Ophtalmologiste	2	300	Ophtalmologiste 84, Bd. My Driss 1er Tél. 05 22 86 06 06 INPE : 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Bourgogne 05 22 77 73 44	07/07/2024	385,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

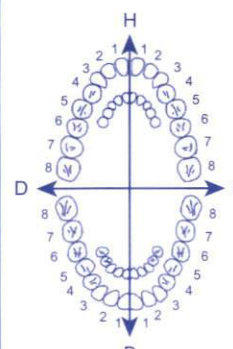
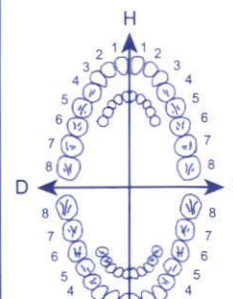
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Document 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION	
						
						MONTANTS DES SOINS
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412 00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552 00000000</div> <div>G</div> </div> <div> <div>00000000 35533411</div> <div>B</div> </div> </div> <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>						

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الورياني

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 07 juillet 2021

Mme MEKKI BERRADA LAMIA

49,00
HYE COLLYRE

1 goutte 4 à 5 fois par jour pdt 3 mois

PPC 99,00 dh

54,40
TOBRADEX : PDE

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

35,70
TOBRADEX COLLYRE

1 goutte x 4 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 3 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 2 par jour pdt 4 jours

1 goutte par jour pdt 4 jours

TOBRADEX®
POMMADE OPHTHALMIQUE
3.5G PPV: 54,40 DHS
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



159,00
BLEFARETTE

massage des paupières deux à trois fois par jour pdt 10 jours

37,20
FUCITHALMIC

1 goutte matin et soix 8 j

les deux yeux

