

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR R LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

générales :

Le formulaire réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le formulaire 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.

Une entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, actions 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 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.

La 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0021790

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11890 Société : RAM

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : HAMDI HASNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674456522 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

امستاد مبرز في طب العيون
Pr. Adil MCHACHI
Professeur Agrégé en Ophtalmologie

Date de consultation : 07/07/2021

Nom et prénom du malade : M. HAMDI HASNA

Age : 43 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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) :

Autorisation CNDD N° : 11890 / 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
07.07.21			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.07.21	75,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

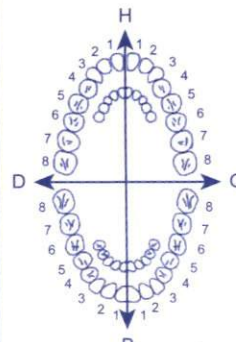
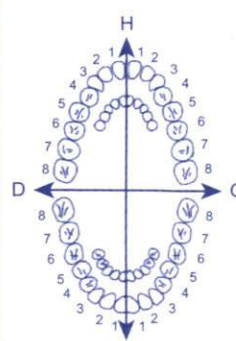
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le

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																	
	<table><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		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

07/07/2011

M^{re} Hamdi Hassan

75.70

4 Zolens collime



1 gte + 2 Jd

036

1 mai

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT A. 1-DEPOUA
Tél: 05 22 53 47 07

د. عادل امشاش
استاذ مختص في طب العيون
Dr. Adil MCHACHI
Professeur Agrégé en Ophtalmologie

1 N° 09101571

Ce médicament est destiné à être instillé dans l'œil (voie ophtalmique).

Avant la première utilisation, éliminer les 5 premières gouttes.

Et ensuite, à chaque fois que vous utilisez ce médicament :

- ① Lavez-vous soigneusement les mains avant d'utiliser le médicament.
- ② Afin d'éviter toute contamination, ne pas toucher votre œil, vos paupières ou toute autre surface avec l'embout du flacon.
- ③ Instillez une goutte dans l'œil (ou les yeux), en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas.
- ④ Rebouchez le flacon après utilisation.

Si vous trouvez que les effets de ZALERG sont trop forts ou trop faibles, ou si vous ressentez des effets

membres de l'Espace Economique Européen sous les noms suivants :

Autriche, Bulgarie, Grèce, Italie, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie,
Slovaquie ZABAK
Danemark, Espagne, France, Suède ZALERG
Belgique, Luxembourg, Pays-Bas ALTRIABAK

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le 15 juillet 2010.

Date approbation Algérie : Mai 2016

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site Internet de l'Ansm (France).

Liste II

- DE Algérie N° : 13/17B171/022
- Enreg. MA : n° 096/14 DMP/21/NNP
- Enreg. TN : n° 8443111

6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml
collyre 5 ml - ppv : 75 % DH

Distribué par :
Pharmacie Pringia 41 rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUJI

	<p>médicaments non utilisés</p> <p>à rapporter en pharmacie</p>	<p>TRIEZ VOS EMBALLAGES</p>	<p>étui carton vide flacon plastique vide et son bouchon</p> <p>à recycler</p>
--	---	--	--

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRE.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

23293703

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 81 577 / 2021 du 07/07/2021

Nom patient : **HAMDI HASNA**

Entrée 07/07/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/07/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Ref Chq : BMCE / 9304706/

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N° INP : 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N°: 2107071405375260 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100368860	HAMDI HASNA	07/07/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCE / 9304706 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAN.WAK


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 22 03 53 45
Fax : 05 22 00 44 77
E-mail : contact@ckm-hck.ma
N°INP 090061862