

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.

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 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

- Reclamation : 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 056785

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913

Société : 91565

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ARBOUMESSA

Date de naissance : 28/13/57

Adresse : 7e Rue Mohammed VI 2011 O. Bouja

Tél : 522 25 57 36

Total des frais engagés : 969 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 08 / 10 / 2021

Nom et prénom du malade : FARID SAADIA

Age :

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 :

Le : 08 / 10 / 2021


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
08/10/21	cs		200.00	 Dr. Renda Mikhael Omnigien Ophthalmologie 18, Avenue Stendhal - Casablanca 20 Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 18, Avenue Stendhal - Casablanca 20 Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.ma	08/10/21	667,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

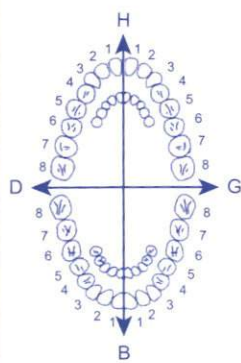
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

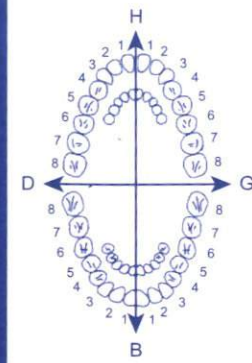
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Précaution avec effet:
chlorure de benzalkonium

السواغ الموقر
كلوريد البنزالكونيوم

POSOLOGIE USUELLE:
voir la notice.

الجرعة الاعتيادية:
راجع نشرة العبوة

AGITER VIGOREUSEMENT AVANT
UTILISATION
هز القارورة بقوة قبل الاستعمال

Tableau A (Liste I) جدول ألفا (أ)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N° 175/15 AMP/21/NRO رت المغرب رقم

PV = 112,50 DH



PT200328112051

08 octobre 2021

Mme FARID Saadia

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

PHYLARM. LAVAGE CL

1 lavage 2 fois / jour matin et soir pendant 2 Mois

cationorm COLLYRE

1 goutte x4/Jour, pendant 3 Mois

LOTEMAX dans le 2 yeux

- 1 gouttes 4 fois/jour pendant 5 jours
- 1 gouttes 3 fois/jour pendant 5 jours
- 1 gouttes 2 fois/jour pendant 5 jours
- 1 gouttes 1 fois/jour pendant 5 jours

NAABAK 4.9% : COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, pendant 2 Mois

Gel larmes

1 application le soir pendant 1 mois

Cationorm®
Multi
Emulsion
ophtalmique
PPC 158,00 DH

NAABAK 4.9%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH
6 118001 101184
Distribué par COOPER PHARMA - 41,
Casablanca - Pharmacien Responsable

118001 100958
CEL-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