

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.

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-649240

Courrier

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *1922*

Matricule : *1922* Société : *RAM*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : *ND 103203*

Nom & Prénom : *ELAZHBI MOHAMMED*

Date de naissance : *01/06/1952*

Adresse : *HAY AZHAR 10MF APPTU AVENUE IBN KHATIB FES*

Tél. : *0535608347* Total des frais engagés : *409,00*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/11/2022*

Nom et prénom du malade : *NHAMOUHA FATIHA* Age : *64*

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

Nature de la maladie : *cataracte*

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *FES* Le : *18/01/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-649240

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : *1922*
Nom de l'adhérent(e) : *ELAZHBI*
Total des frais engagés : *409,00*

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
18/11/22	G			INP : 141163568

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/11/22	385,20 DH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

6 118001 110506

5 ml de collyre

1,0 mg / 5,0 mg

Dexa-Gentamicin

Steripharma

PPV: 26,00 dh

500044 j

74,80

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3,5 G
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/NRQ

6 118001 070602

69020-4

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM
EXP: 11-2022
PPV: 58,00 DHS

6 118001 270088

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM
EXP: 11-2022
PPV: 58,00 DHS

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

10 ml

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM
EXP: 11-2022
PPV: 58,00 DHS

6 118001 270088

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM
EXP: 11-2022
PPV: 58,00 DHS

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

10 ml

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM
EXP: 11-2022
PPV: 58,00 DHS

6 118001 270088

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM
EXP: 11-2022
PPV: 58,00 DHS

6 118001 270088

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM
EXP: 11-2022
PPV: 58,00 DHS

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

B

H

D

G

B

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصلحة طب العيون فاس OPHTALMO - CLINIQUE DE FES

Le 18.01.2022

PRATICIENS

DR OUSSAMA TAZI

Chirurgien ophtalmologiste
DES de Toulouse - France
European Board of ophtalmology
Spécialiste en chirurgie réfractive

DR MEGZARI ADIL

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux
Ex. Médecin à l'hôpital
des spécialités de Rabat
Diplômé des facultés
de Médecine de Paris et Besançon

ORTHOPTIE

Bilan orthoptique
Rééducation d'amblyopie
Basse Vision
Champ visuel
Lancaster
Vision des couleurs

EXPLORATIONS

Angiographie numérisée
OCT
Laser Multispot
Laser YAG
Topographie cornéenne
Biométrie
Pachymétrie
Aberrométrie
Echographie oculaire
Microscopie spéculaire
Crosslinking

Urgences ophtalmologiques

24h/24

SECRETARIAT

Tél : 05 35 73 46 46
Fax : 05 35 73 48 48

prise RDV : **0808 555 008**
(Numéro Gratuit)

Mme Samia Hammoucha Fatima

39 - Phylarim lavage x3/j

Instiller dans l'œil opéré :

54.40 1. Tobradex pommade

1 app 3x/jr pendant 15 Jours

26.00 2. DEXA gentamicin collyre

1 goutte x4/jour pendant 7 jours

Puis x3/j pendant 7 jours

Puis x2/j pendant 7 jours

Puis x1/j pendant 3 jours

58.00 3. INDOCOLLYRE

1 GOUTTE x3/jour pendant 1 mois.

74.00 4. Catex 500 mg

1cp /jour pendant 5 jours

15.00 5. Diamox 250mg 1cp x2

Le jour de l'opération

Si DOULEUR.

6. Compresses oculaires COMFORT.

389.00

DR OUSSAMA TAZI
Ophtalmologiste
72, Angle Rue Cuny et Bd. Sbaoui, 3
Fès / Tél. 05 35 65 25 25
INPE : 141163568