

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 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

M23-001906

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID. A 84185
 Date de naissance : 26-06-1949
 Adresse : cité ATTADAMOUNE Rue 2 n° 6
 OULFA - CASABLANCA.
 Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 614,14 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr MAZZOU Hanane
 OPHTHALMISTE
 511 Bd Al Onda - Casablanca
 Tél : 05 22 22 25 26
 Date de consultation : 17 OCT 2023
 Nom et prénom du malade : E. P. Mousti RACHID. Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : p. catemend
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 NOV 2023
 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 : CASABLANCA Le : 17 OCT 2023
 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
01/10/2023	CS		300,00	Dr MAZZOUZ Hanane ODONTOLOGISTE 111111111 - Casablanca Tel: 05 22 52 25 26
	examen		100,00	
	TOTAL		400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 111111111 Dr. BENANI Jaafar Bd Oued Sebou, Oujda CASABLANCA - Tel: 05 22 90 18 90	18-10-2023	214,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

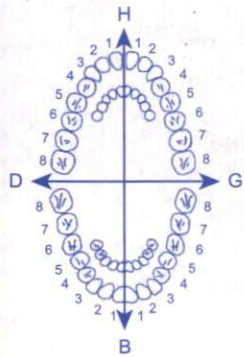
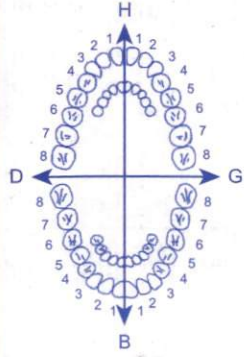
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> (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

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods California

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact



مركز طب وجراحة العيون

(القدس) كاليفورنيا

الدكتورة حنان مزوز

(مستعاضبة في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو
العدسات الصلبة واللينبة
جراحة مجاري الدمع

17 - 10 - 2023

Note d'honoraires

Patient (e) : *EP Mausti Rachid*

Examen réalisés et honoraires correspondants :

Examen ophtalmologique : 300,00 Dh (Trois cents dirhams)

Examen du fond de l'oeil : 100,00 Dh (Cents dirhams)

Total réglé : 400,00 Dh (Quatre cents dirhams)

لا نغير تاريخ الفحص

Dr MAZZOUZ Hanane
OPHTHALMOLOGISTE
511 Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2^{ème} étage - Casablanca
Tél : 05 22 52 25 96

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact



مرکز طب وجراحة العيون

(القرى كالفورنيا)

الدكتورة حنان مزور

(مستعصبة في أمراض زهر (مرض العين)

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو
العدسات الصلبة واللينبة
جراحة مجاري الدمع

le mardi 17 octobre 2023

Monsieur EL MOUSTI Rachid

Pharmacie TAM
Dr. BENANI Jaafar
102, Bd Oued Sebou, Oulfa
- CASABLANCA -
Tél: 05.22.90.18.99

CROSS®
Acide hyaluronique réticulé
CrossLinked Hyaluronic Acid

PPC: 105, 00

0,4 %
(4 mg/ml)

- CROSS collyre unidose : dans les 2 y
Utiliser l'unidose ouverte pendant 24 heures
1 goutte 3 fois par jour ODG en cas de besoin

Xiloial®

Composition: Sodium hyaluronate 0.2%; TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide); mannitol; dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium edetate; benzalkonium chloride, WFI.

Do not use after expiry date.
Once opened the bottle the product can be used within 30 days.
Keep out of the reach and sight of children.

Composition: hyaluronate de sodium 0.2%, TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide), mannitol, phosphate de sodium monobasique, phosphate de sodium dibasique, disodium edetate, chlorure de benzalkonium, eau ppi.

Ne pas utiliser le produit après la date de péremption indiquée sur la boîte.

Après l'ouverture, le flacon peut être utilisé dans les 30 jours qui suivent. Conserver hors de la portée des enfants.

FARMIGEAU



Tél : 0 522 522 526 - GSM:

الدار البيضاء - كالفورنيا، الطابق الثاني -

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INP

PPC 109,00 DH