

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045365

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 81488 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABONDI WATTIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-045365

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
Visite de jour au domicile du malade par le médecin
Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT

C



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1621198

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABOUDI WAHIB

Matricule : 8488 Fonction : Secapleur Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ABOUDI WAHIB Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 02 OCT. 2019

Nature de la maladie : Affection Oculaire

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : 02 OCT. 2019

A CASA le 23/09/2019 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Accès siège/Ram

02 OCT. 2019

RELEVE 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
12/09/2019		CT G		DR YOUNES ACHOUR
12/09/19	C 5 de p.r. ames	H	300000	
23/09/2019	CT	G		DR YOUNES ACHOUR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARCHE MUNICIPAL - AL-AOUA Tél : 05 22 21 79 68 Casablanca 174, Bd Khalil Hay Aly Abdellah - Al-Aoua	23/09/19	367.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE D'AL MAMOUNIA Cassasse (3/3) Angle Rue Medi Balai et Rue Marrakech Quartier Palmier Casablanca Tél: 05 22 77 77 49 - Fax: 05 22 25 05 00	19/09/19	B 20	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	MONTANT DES SOINS
	G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	D	00000000	00000000	DATE DE L'EXECUTION
	B	35533411	11433553	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

ORDONNANCE

Casablanca, le : ...23.../09/2019..

Mr/Mme A BOUDI WAKIB

5145

Sans

• SPECTRUM 250 mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

(29.09.12)

CHIBRO-CADRON COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

54.40

• TOBRADEX POMMADE ou Steridex pde

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

144.10

• VISMED MULTI

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil pendant 6 semaines

31.50

• SERUM PHYSIOLOGIQUE :

Un lavage le matin dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

24.00

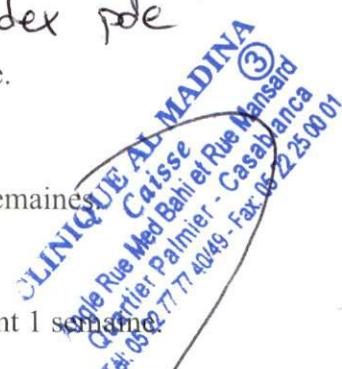
• RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre) , Quartier Palmiers

Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 / Fax: 05 22 25 00 01 - Casablanca

E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n° : 1007171 - Patente : 34782425

T: 367.100





INSTRUCTIONS FOR USE

VISMED® MULTI

Sodium hyaluronate from fermentation 0.1%

Lubricant eye drops.

Sterile, free from preservatives.

Composition:

1 ml solution contains sodium hyaluronate, potassium chloride, disodium phosphate, sodium calcium chloride and purified water. The solution

Indications:

For lubrication of the eyes in case of sensations of fatigue and other minor complaints of no pain, for example, by dust, smoke, dry heat, air conditioning, computer screen use or contact lens wear.

Contra-indications:

Individual hypersensitivity to any constituent.

Interactions:

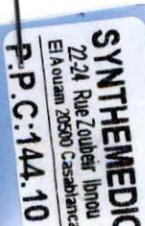
Do not use if applied to the eyes.

Side effects:

On very rare occasions, foreign bodies, blurred vision, etc.

Dosage and administration:

Tear off the protective cap above the edge of one hand and pull out (see).



110097/1
S/11.18
ETU24906V02



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC



LOT 190980
EXP 05/2022
PPV 51.40 DH

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : ١٢ ٠٩ ٢٠١٩ في :

ABOUDI WAHIB

Biométrie + CS + Anesthésie

cataracte OD

Dr. Merieme ZRYOUIL
 Ophtalmologue
 52, Bd El Khalil 1er Etage
 Casablanca
 Tél: 0522 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☏ 05 22 52 38 42 ✉ drzryouilmeryem@gmail.com

FACTURE

N° : 6103 B / 2019 du 23/09/2019

CPA

Nom patient ABOUDI WAHIB
PAYANTEntrée 19/09/2019
Sortie 19/09/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	CPA	1,00	150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00
DR. ACHIAKH MILOUDA (anesthesiste)	CPA	1,00	150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Dr. ACHIAKH MILOURDA
Anesthésiste - Réanimateur
Casablanca

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

FACTURE

N° : 6107 B / 2019 du 23/09/2019

BIOMETRIE

Nom patient	ABOUDI WAHIB	Entrée	19/09/2019
	PAYANT	Sortie	19/09/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		


CLINIQUE AL MADINA
 Caisse 3
 Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmier - Casablanca
 Tél: 05 22 77 4049 - Fax: 05 22 25 00 01