

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.

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.

Prescription :

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

Entente préalable :

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.

Prothèses :

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.

Le remboursement après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

essences Mails utiles



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 053974

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389

Société : RAM

57693

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM IARIS

Date de naissance : 18/02/50

Adresse : 7, Rue D'Anoulaume CASABLANCA

Tél : 0662472089

Total des frais engagés : 240,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Complément

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/20

Nom et prénom du malade : JAWAD ZOHRA

Age : 62

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 : CASABLANCA

Le : 10/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

① Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

② Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

③ La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :

- l'ordonnance médicale,
- les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
- les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
- en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
- en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
- en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.

④ En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.

⑤ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).

⑥ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré

devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.

⑦ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

⑧ Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

⑨ Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

⑩ En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

⑪ Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

⑫ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

⑬ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous l'en° A-A-101/2014



شركة التامين و إعادة التامين اطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

20, Rue Théophile Gauthier
Casablanca 10000
Tél: 0522734491

N° de police : 1866

N° d'adhérent : 90

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : JAWAD ZOURA

Prénom du patient (e) : ZOURA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : elle-même

Montant des frais exposés (en DH) : 340,40

A : Caser le 21/10/2020 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
CAPEC 1000100 - LE 1095137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

nom et prénom du patient (e) : JAWAD ZHRA

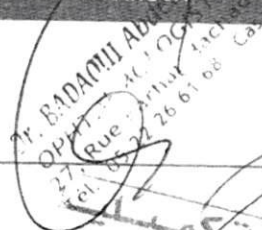
re du patient (e) : Date des soins :

ture de la maladie^(*) : AFFECTION ACULAIRE

s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances^(*) :

Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

DR. BADAOU Abdelhakim
OPHTALMOLOGISTE
27, rue Farhat Hachmad
Tél. 05 22 20 61 88

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
TRAITEMENTS	21-10 2020	2		300,00	 Dr. BADAMJI ABDELHAKIM OPHTH. - AC. - O.G. 27, Rue Artur Rachad Tél: 0522 26 61 08 - Casab.
PHARMACIE	21 10 20			40,40	
RADIOGRAPHIES					
MEDICAUX					

INPE 092.017.201

PHARMACIE CAMELIA

Mme. LEHSEFFER MOUNIRA Mounia
29, Rue Hassan Souktani
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

DEVIS

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)

☐ EXÉCUTION

Tratament

Commencé le :

Terminé le :

SOINS

1000

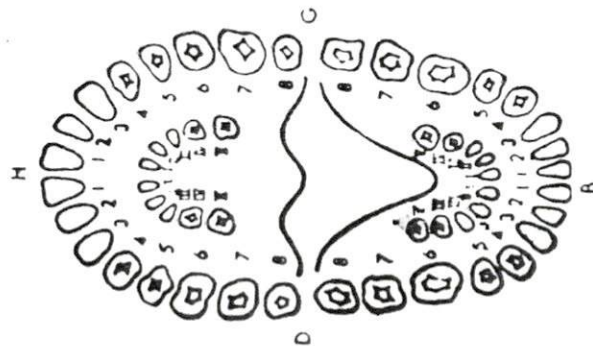
PROTHESE ET ODF

Nature de la prothese ou semestre de l'ODF	Cotation
---	----------

Coef

Nature
de l'acteDents
traitées

Date _____



COUT GLOBAL DES SOINS DH :

COIT GLOBAL DE LA PROTHESE ORALE

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophthalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف
اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب
خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le

21/10/2020

في البيضاء

Madame JAWAD Zohra

40,40

- EXOCINE 0.3%

1 goutte, le matin le midi 16h et soir, dans les deux yeux,
pendant 2 semaines

40,40

صيدلية كاميليا
PHARMACIE CAMELIA
Mme. LEHSEFFERNE-NRAMOUNIA
24 Rue Hassan Soukani
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

Dr. BADAOUI Abdellatif
OPHTHALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tél: 05 22 26 61 68

ALLERGAN

Notice : Information De l'Utilisateur

EXOCINE® 0.3%

Ofloxacin en collyre



Lot n° :
Fab :
EXP :

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.
- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin d'informations à tout moment.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez besoin d'informations supplémentaires, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Lisez attentivement la notice qui l'accompagne et conservez-la. Vous devez en prendre connaissance chaque fois que vous l'utilisez, car elle contient des informations importantes.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que EXOCINE® 0.3%, collyre et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser EXOCINE® 0.3%, collyre ?
3. Comment utiliser EXOCINE® 0.3%, collyre ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver EXOCINE® 0.3%, collyre ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE EXOCINE® 0.3%, COLLYRE ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

EXOCINE® est indiqué dans le traitement topique des infections oculaires extrêmes (comme la conjonctivite et la kerato-conjonctivite) dues à des germes sensibles à l'Ofloxacin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER EXOCINE® 0.3%, COLLYRE ?

N'utilisez jamais EXOCINE® 0.3%, collyre dans le cas suivant :
Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'Ofloxacin ou à l'un des autres composants contenus dans EXOCINE®.

Mises en garde et précautions d'emploi

Avant d'utiliser ce médicament, informez votre médecin :

- Si vous souffrez d'un ulcère ou d'une altération de la surface du globe oculaire.
- Troubles cardiaques :

Il convient d'être prudent(e) lors de l'utilisation de ce type de médicament, si vous êtes né(e) ou si vous avez des antécédents familiaux des troubles suivants : allongement de l'intervalle QT (du à l'électrocardiogramme lors de l'enregistrement du rythme cardiaque), déséquilibre électrolytique (diagnostiqué au cours d'une analyse sanguine, en particulier au faible taux de potassium ou de magnésium dans le sang), rythme cardiaque très faible (ou bradycardie), faiblesse cardiaque (insuffisance cardiaque), antécédents de crise cardiaque (infarctus du myocarde), être de sexe féminin ou être âgé(e) ou suivre un autre traitement ayant un effet sur l'électrocardiogramme (voir rubrique «Prise ou utilisation d'autres médicaments»).
En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

Eviter le contact avec les lentilles de contact souples. Retirer les lentilles de contact avant application et attendre au moins de 15 minutes avant de les remettre.
Le chlorure de benzalkonium peut décolorer les lentilles de contact souples.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Informez votre médecin si vous prenez d'autres médicaments susceptibles de modifier votre rythme cardiaque, comme les médicaments appartenant à la classe des antiarythmiques (ex. Quinidine, hydroquinidine, dispyramide, amiodarone, sotalol, dofetilide, ibutilide), des antidépresseurs tricycliques, certains antibiotiques (appartenant à la famille des macrolides) et certains antipsychotiques.

Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre EXOCINE®.

3. COMMENT UTILISER EXOCINE® 0.3%, collyre ?

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

La dose habituelle est d'une ou deux gouttes dans l'œil (les yeux) atteint(s) trois ou quatre fois par jour.

La durée du traitement ne doit normalement pas dépasser 14 jours.

Consultations : Tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier), Casablanca.

Urgences : Tél: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Ophthalmo Laser Vision
E-mail: ophthalmo@laser-vision.ma





AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2021004240

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2018.00000066-01

Ste contractante : SOCIETE NCRM RETRAITE

Soin du : 21/10/2020

Adhésion n° : 00000090

Adhérent(e) : JAWAD ZOHRA

Sinistre n° : 040.2020.00469111

Malade : Lui même

Déclaré le : 30/11/2020

Date décision : 03/12/2020

Numéro RIB : 007780000000123230356331

Reçu le : 24/11/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Pharmacie	40.40	0.00	40.40	85.00	34.34
Totaux	340.40	0.00	340.40		289.34
Règlement compagnie (Dhs)					289.34

Dossier n° :

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)