

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.

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.

Educations :

- 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.

Prothèse 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 chronique 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prendre 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.

AS : 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



BAREME

complément
Déclaration de Maladie : N° P19-0013326

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *71413* Société : *R.A.M*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *FOUINKA Ahmed* Date de naissance : *02/05/1967*
Adresse : *05 Rue Gharb - Imen TITOUIC, Mohamedia*
Tél. : *0666354186* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) : *ACCUEIL*

| | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|---------------------------|
| <p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p> | <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> | | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> | <p>Reg. ANAM : 120101</p> |
| | <p>* موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p> | <p>* تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p> | <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p> | |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : : Nom et prénom :

رقم التسجيل : : N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : : N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * : : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

العنوان : : Adresse :

مبلغ المصاريف : Dhs : Montant des frais :

عدد الوثائق المرفقة : : Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج : : Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات : : Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : : Nom et prénom :

تاريخ الازدياد : : Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : : N° CIN :

الجنس : * : Sexe * : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم الممثل ** : : INPE et code à barres **

| | |
|---|---|
| <p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p> | <p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p> |
|---|---|

نوع العلاجات * : : Type de soins *

مرض ☐ Maladie حادث ☐ Accident أمومة ☐ Maternité استشفاء ☐ Hospitalisation

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه : : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

ب : : Fait à :

في : : Le : 10 JUIN 2019

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 190787740230195

Emis à Casablanca le : 23/07/2019

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة LAKHOUC SAADIA
RUE EL GHARB IMM TITANIC APPT 5
MOHAMMEDIA 2880

N° d'immatriculation : 116744543

Règlement du mois : 07/2019

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

| مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception | تاريخ العلاج Date de soins | العمليات Actes | مهنيو الصفة Prestataires de soins | مبلغ المصاريف Montant de la dépense | التعريف المرجعية Tarif de référence | المعامل Coeff. | الكمية Quantité | أساس التعويض Base de remboursement | نسبة التعويض Taux de remboursement% | مبلغ التعويض Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|--|--|-------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| LAKHOUC SAADIA | | | | | | | | | | |
| 063342656 | 10/06/2019 | Z | CHIRURGIEN | 40,00 | 40,00 | 1,00 | 1,00 | 40,00 | 70 | 28,00 |
| 063342656 | 10/06/2019 | Z | DENTISTE | 10,00 | 10,00 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 70 | 7,00 |
| 063342656 | 10/06/2019 | D | CHIRURGIEN | 175,00 | 175,00 | 1,00 | 1,00 | 175,00 | 70 | 122,50 |
| 063342656 | 10/06/2019 | D | DENTISTE | 775,00 | 175,00 | 1,00 | 1,00 | 175,00 | 70 | 122,50 |
| 063342655 | 10/06/2019 | CS | CHIRURGIEN | 250,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 70 | 105,00 |
| 063342655 | 10/06/2019 | MON | DENTISTE | 1 000,00 | 225,00 | 1,00 | 1,00 | 225,00 | 70 | 157,50 |
| 063342655 | 10/06/2019 | VER | SPECIALISTE | 1 000,00 | 225,00 | 1,00 | 1,00 | 225,00 | 70 | 157,50 |
| Total remboursé pour SAADIA | | | | | | | | | | 700,00 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 700,00 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire PAS DE MED SAISIE

Dr HASNAE SKIKER

-Ep Dr EL HAJAJI-

liste des maladies et chirurgie des yeux.
du centre hospitalo Universitaire de rabat.
- Chirurgies de la cataracte.
- Ophtalmologie pédiatrique.
- adaptation des lentilles de contact.
- Angiographie - Oct - laser.



الدكتورة حسناء سكيكر
-حرم الدكتور الحاجي-

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون.
خريجة المركز الاستشفائي الجامعي بالرباط.
- جراحة الجلالة.
- طب عيون الأطفال.
- عدسات لاصقة.
- فحص و تصوير شبكية العين - ليزر.

Mohammedia le : 10 JUIN 2019 : المحمدية في

Mme LAKHOUCHE Saadia

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = + 3.00 (- 0.75 à 80°)

OG = + 2.50 (- 1.00 à 75°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

Dr. SKIKER Hasnae Epouse Dr EL HAJAJI
OPHTALMOLOGISTE
RDC, Bd. Abdelhakmane Serghini
Immeuble Bouargane - Mohammedia
Tél. : 05 23 32 59 70

☎ : 05 23 32 59 70 - ✉ : h.skiker@yahoo.fr

الطابق السفلي، عمارة بورغان شارع عبد الرحمن السريغي قرب صيدلية المسيح - المد

نظارات النجاج Optique ENNAJAH



Lunetterie - Contactologie

Marché Municipal (Joutia) El alia N° 296

Mohammedia Tél.: 0523-32 37 08

Patente 39365860 R.C: 6236

Facture N° 104879 Mohammedia, le : 10/06/19
: Mr LAKHOUAT Soudi. Doit

| ° de Nomenclature : 431 | | Prix |
|--|--|-------|
| Opticien : H. Soudi | | |
| Monture: K8000 | | 6000 |
| Type de Verre: 1.78 - 1.78 | | |
| V.L : 1.80 - 1.78 + 3.1 | | 8000 |
| O.D : 1.78 - 1.78 + 2.5 | | 8000 |
| V.P : 1.78 - 1.78 + 2.5 | | |
| O.D : 1.78 - 1.78 + 2.5 | | |
| O.G : 1.78 - 1.78 + 2.5 | | |
| Total : | | 20000 |
| Prêtée la Présente Facture à la somme de : | | |
| D e q A. V. C. d. V. | | |

Dr HASNAE SKIKER

-Ep Dr EL HAJAJI-

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux.
Diplômée du centre hospitalo Universitaire de rabat.
- Chirurgies de la cataracte.
- Ophtalmologie pédiatrique.
- Adaptation des lentilles de contact.
- Angiographie - Oct - laser.



الدكتورة حسناء سكيكر
-دزم الدكتور الحاجي-

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون.
خريجة المركز الاستشفائي الجامعي بالرباط.
- جراحة الجلالة.
- طب عيون الأطفال.
- عدسات لاصقة.
- فحص و تصوير شبكية العين - ليزر.

المحمدية في : 10 JUIN 2019 : Mohammedia le :

Mme LAKHOUC Saadia

ML

NEOFLUID

UNE GOUTTE 3x/JOUR, les deux yeux, 1 Mois

Dr. SKIKER Hasnae Epouse Dr. EL HAJAJI
OPHTALMOLOGISTE
RDC, Ed. Abderrahmane Serghini
Immeuble Bouargene - Mohammedia
Tel. : 05 23 32 59 70

☎ : 05 23 32 59 70 - ✉ : h.skiker@yahoo.fr

الطابق السفلي، عمارة بورغان شارع عبد الرحمان السريغي قرب صيدلية المسبح - المحمدية

NEOFLUID®

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des composants.

EFFETS INDESIRABLES

- Rares : réactions d'irritation ou d'hypersensibilité.
- Occasionnellement : sensation transitoire de picotement ou d'œil collé. En cas d'effet indésirable persistant ou non décrit dans cette notice, arrêter l'utilisation du produit et consulter votre médecin.

Dispositif médical conforme aux exigences de la directive 93/42/CEE amendée.

Date d'apposition du marquage : juillet 2015.

Date de dernière révision de la notice : juillet 2015.

NEOFLUID® multi est un dispositif médical de classe IIb.

Code ACL : 3401060033873

CE 0459

NEOFLUID® EN
multi

Eye lubricant. Does not contain preservative
PRESENTATION

Box containing 1 10 mL multidose dispenser. Does not contain preservative.

COMPOSITION

Povidone 1.5%, Sodium hyaluronate (viscosity increasing agent), sodium chloride, disodium edetate, disodium phosphate dihydrate, sodium phosphate dihydrate, water for injectable preparation.

IN WHICH CIRCUMSTANCES SHOULD NEOFLUID® MULTI BE USED?

WARNING

- or external use only.

horen, dies entspricht dem Aufbrechen des Originalsitzrings bei der ersten Öffnung.

2. 1 bis 2 Tropfen ins Auge träufeln. Mit Hilfe des Zeigefingers das Unterlid leicht nach unten ziehen, dabei nach oben schauen, dann auf das Fläschchen drücken, um Tropfen freizusetzen. Nach der Anwendung wird die Lösung mit einigen spontanen Wimpernschlägen über die Oberfläche des Auges verteilt.

3. Das Fläschchen nach jedem Gebrauch wieder mit der Schutzkappe verschließen.

Die Tropferspitze des Fläschchens darf nicht das Auge oder die Lider berühren.



Der Vorgang kann je nach Bedarf 4- bis 6-mal pro Tag wiederholt werden.

Wenn die Beschwerden anhalten oder schlimmer werden, Augenarzt aufsuchen.

WARNHINWEISE UND VORSICHTSMASSNAHMEN

- Nur zur äußerlichen Anwendung.
- Nicht verschlucken.
- Nicht über 30 °C aufbewahren.

Nicht verwenden, wenn das Fläschchen beschädigt ist (Kontaminationsrisiko).

- Hände vor dem Eintropfen gründlich waschen.
- Darauf achten, dass die Tropferspitze mit den Händen oder den Augen in keiner Weise in Kontakt kommt (Risiko einer bakteriellen Kontamination).

Nach jeder Anwendung die Schutzkappe der Tropferspitze geben (Kontaminationsgefahr).

- Falls Ihr Augenarzt Ihnen andere Augentropfen verschrieben hat, muss zwischen dem Einträufeln der beiden Produkte ein