

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0025890

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUZANE KHADIJA

Date de naissance :

1-01-1955

Adresse :

LOT AL MOUNTAZAH 106
AIN DIAB

Tél. :

0668833889

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/06/2019

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Myopie + hypermetropie

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 :

ACCUEIL

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant
13/09/19	C2+50		30,00	

Steripharma
PPV: 22,00 dh

Steripharma
PPV: 22,00 dh

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Mohammed G. Ophthaimologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé

Pharmacie Naima
INP: 92044569

Date: 13.09.19

Montant de la Facture: 184,90

Pharmacie Naima
Bloc 211 N° 124
Hay Hassani
Bd. Sidi
Abderrahmane
CASA
Tél: 0522 90 31 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 112 177 / 2019 du 13/09/2019

Nom patient : **BOULANE KHADIJA**

Entrée 13/09/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		300,00		300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 190913094201SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900113527	BOULANE KHADIJA	13/09/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7685	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SANWAK

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 44 77
E-mail: contact@hck.ma
N°INP 090961862

Centre
Monétique
Interbancaire

DUPLICATA

13/09/19 09:42:29

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7
Casablanca

A0000000032010

APP : Visa

BOULANE /KHAD.M

xxxxxxxxxxxxx1089

02/22 CARTE NATIONALE

54F7E6B643AE8F26

620-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 003761

STAN : 007685

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Laboratoires STERIPHARMA
Z. I Lina n° 347 Sidi Maârouf
Casablanca - Maroc
Amine Tahiri. Pharmacien
Responsable

Siccaprotect®
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



6 118001 110353

LCB



Siccaprotect®

Dexpanthénol et Alcool polyvinylique

10 ml de collyre

A instiller dans le cul-de-sac conjonctival

URSAPHARM

Composition:

1 ml de solution isotonique contient
Dexpanthénol 30 mg
Alcool polyvinylique 14 mg
Excipient à effet notoire:
chlorure de benzalkonium 0,05 mg

Lire attentivement la notice! Ne pas laisser
à la portée des enfants! Ne pas stocker à
plus de 25 °C. A utiliser dans les
6 semaines après ouverture du flacon.

التركيبية:

لكل 1 مل من المحلول متساوي التوتر
ديكسبانثينول 30 ملغ
بولي فينيل الكحول 14 ملغ
السواغات معروفة التأثير:
كلوريد البنز الكونيوم 0,05 ملغ

يرجى قراءة هذه النشرة بعناية! لا تترك الأوعية
في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية. يستخدم
في غضون 6 أسابيع بعد فتح القنبنة.

سيكابروتكت (م)

ديكسبانثينول و بولي فينيل الكحول

10 ملل من قطرات العين

للغرس في كيس الملتحمة

إرسافارم

Siccaprotect®

A utiliser avant: / Lot n°

1 190 11
294571

Laboratoires STERIPHARMA
Z. I Lina n° 347 Sidi Maârouf
Casablanca - Maroc
Amine Tahiri, Pharmacien
Responsable

Siccaprotect®
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



6 118001 110353

LCB



Siccaprotect®

Dexpanthénol et Alcool polyvinyle

10 ml de collyre

A instiller dans le cul-de-sac conjonctival

URSAPHARM

Composition:

1 ml de solution isotonique contient
Dexpanthénol 30 mg
Alcool polyvinyle 14 mg
Excipient à effet notoire:
chlorure de benzalkonium 0,05 mg

Lire attentivement la notice! Ne pas laisser
à la portée des enfants! Ne pas stocker à
plus de 25 °C. A utiliser dans les
6 semaines après ouverture du flacon.

التركيبية :

لكل 1 مل من المحلول متساوي التوتر
ديكسبانثينول 30 ملغ
بولي فينيل الكحول 14 ملغ
المواد مفعولة التأثير:
كلوريد البنز الكونيوم 0,05 ملغ

يرجى قراءة هذه النشرة بعناية! لا تترك الأدوية
في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية. يستخدم
في غضون 6 أسابيع بعد فتح العبوة.

سيكابروتكت (م)

ديكسبانثينول و بولي فينيل الكحول

10 مل من قطرات العين

للغرس في كيس الملتحمة

إرسافارم

Siccaprotect®

A utiliser avant: / lot n°

03 / 2021

293798

Composition pour 100 ml :

Kétorolac trométhamine..... 0.5 g
Excipients : Chlorure de benzalkonium,
chlorure de sodium, édétate de
sodium, octoxinol, hydroxyde de
sodium ou acide chlorhydrique (pour
ajuster le pH), eau purifiée

Excipient à effet notoire : Chlorure
de benzalkonium

سواغ ذو تأثير معروف: كلورور البنزلكونيوم
Lire la notice avant utilisation.

المرجو قراءة النشرة قبل الاستخدام

Voie oculaire عن طريق العين

A utiliser dans les 15 jours après
ouverture du flacon

يستعمل خلال 15 يوما من فتح العبوة

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE
DES ENFANTS.

لا يترك في متناول الأطفال

Médicament autorisé N°208/12

DMP/21/NTT

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A

جدول أ

60393MA10

 ALLERGAN

ACULAR®

**Kétorolac
trométhamine**

0.5%

Collyre


Flacon de 5 ml

PPV : 38DH90

Lot n° :
Fab :
EXP :

Ouvert le: _____

Fabriqué par les Laboratoires

 ALLERGAN

Westport, Co.Mayo, Irlande

Importé par les Laboratoires

 AFRIC-PHAR

Route Régionale
Casablanca/Mohammedia
N°322, km 12,400 Aïn
Harrouda 28630,
Casablanca-Maroc

ACULAR® 0.5 %
Collyre en solution, flacon de 5 ml



6 118001 251278 >

6

 ALLERGAN

أكولا ر®

**كيتورولاك
تروميثامين
0.5%**

قطرات للعين

قنية من فئة 5 ملل