

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.

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.

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.



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

33719

Déclaration de Maladie : N° P19- 0017875

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2343 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHRY NOSTAFA Date de naissance : 14.2.51

Adresse : CITE ALDASSIRA - MR 60 AP 6 CAS

Tél : 066181989 Total des frais engagés : 316,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2020

Nom et prénom du malade : BACHRY NOSTAFA Age : 68

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Un log

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 : CAS Le : 13/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/07/2018		1	310,15	

Dr. Mohamed EL ALLOUSI
Chirurgien Dentiste
Rue El Aloussi Bourgogne
Tel. 05 22 27 41 17 / 20 38 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE IBN HAYAT
BOUGARI LAZKARI ABDESLAM
Rue Badr Bourgogne - Casablanca
TEL: 0522 26.40.21

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

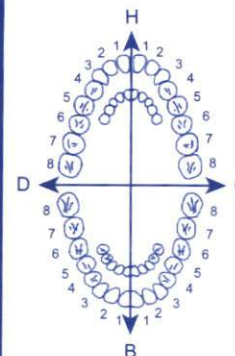
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

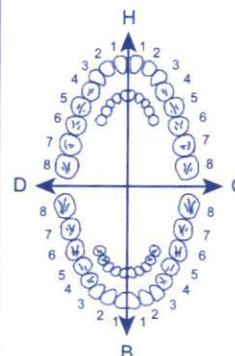
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Clinique BADR



مصحة بدر

URGENCE 24/24

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE

CHIRURGIE VISCÉRALE

COELIO CHIRURGIE

NEURO - CHIRURGIE

CHIRURGIE VASCULAIRE

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE

CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur :

[Signature]

صيدانية ابن حيان
PHARMACIE IBN HAYANE
LABORATOIRE MARI ABDESAM
Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.26.40.21

Casablanca, le

13.07.2020

141.20 BACHRY - Mostafa

141.20 Ceroux + 50

SV

141.20 Ca 2

141.20 80 + 50

SV

141.20 x 3

141.20 150 + 15

SV

141.20 x 3

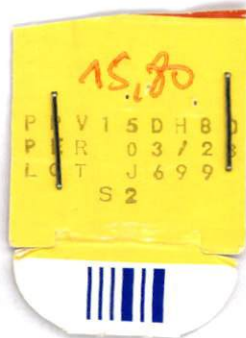
141.20 NOVEX 407

SV

141.20 80

141.20 132 + 306.50

Dr. Mohamed LEMSETTER
Chirurgien Urologue
24 Rue EL ALLOUSSI Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 27 41 17 / 20 64 83



Handwritten text, likely a date or reference number, partially obscured and illegible.