

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS

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

N° W19-455154

39646 par courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5368

Société :

R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITEE

Nom & Prénom :

DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

Date de naissance :

25-01-1960

Adresse :

12, Im^{ble} 4, AL HAMBRAI, RIAD ANDALOUS,
HAY RIAD - RABAT

Tél. :

06 67 49 11 38

Total des frais engagés :

12 460 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
طبيب جراحة العيون
Hôpital Cheikh Zaid
INPE : 101248631

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA Age: 60

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

DPV avec Myopie

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 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 :

RABAT

Le :

10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
6/08/20		83 D.A		INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	06/08/20	377,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

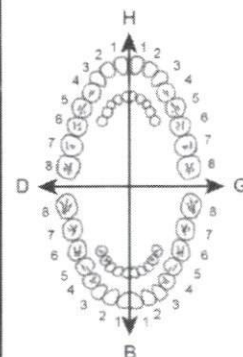
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MONOPTIQUE 19 bis, Marjane Hay Riad Tél: 05 97 71 72 59	21/08/20		Monture Venes			1.200,00 D.A.

INPE 3 105055390

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

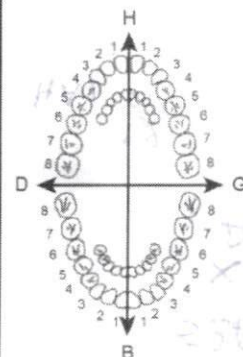


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
طبيب وجراحة العيون
Hôpital Cheikh Zaïd
INPE : 101248631

Rabat, le

Docteur

06 août 2020

Mme DRISSI KAMILI Fatima Zahra

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

VL : OD = + 6.50 (- 0.75 à 170°)
OG = + 3.75 (- 0.25 à 170°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.00

MONOPTIQUE
19 bis, Marjane Hay Riad
Tél: 05 37 71 72 59

Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
طبيب وجراحة العيون
Hôpital Cheikh Zaïd
INPE : 101248631

Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
طبيب العيون
Hôpital Cheikh Zaïd
INPE : 101248631

Rabat, le

Docteur

06 août 2020

Mme **DRISSI KAMILI Fatima Zahra**

138,00

BLEPHARETTE

une application le soir, dans les deux yeux
15 JOURS

SOINS DE PAUPIERE

deux fois par j, dans les deux yeux
15 JOURS

138,00

CATIONORM

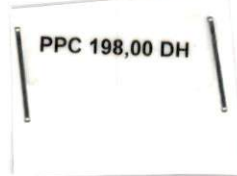
1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux
1 MOIS

41,00

GEL LARMES

1 app le soir, dans les deux yeux
15 JOURS

377,00



Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
طبيب العيون
Hôpital Cheikh Zaïd
INPE : 101248631

Une vision très particulière

Nom & Prénom : **DRISSI KAMILI FATMA ZAHRA**

Désignation	P.U HT	Qte	Montant TTC
MONTURE OPTIQUE	2500,00	1	2500,00
VERRES PROG 1,74 ANTILED	4.750,00	2	9.500,00
	PRIX HT		10000,00
	TVA 20%		2.000,00
	TOTAL TTC		12000,00

DOUZE MILLE DIRHAMS

Dont 20% de TVA

MONOPTIQUE
19 bis, Marjane Hay Riad
Tél: 05 37 71 72 59

MONOPTIQUE SARL

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

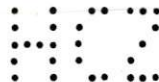
Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le : 06/08/20 Quittance N° 2 231 537



IPP : 1 458 732 N° de dossier : C202682512

DI : 2 532 729

Patient : DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

Montant : 83,00 Dh (quatre-vingt-trois et xx/100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/08/2020

Description :

Medecin : C01071 AL BAROUDI NADA

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 14h00.

N° 1616292