

# 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.

## Optique :

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

## Education :

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.

## Thérapie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007847

Dossier  
n°

Maladie

Dentaire

57037  Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

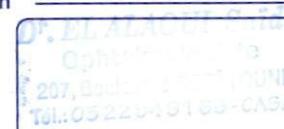
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06612461360 Total des frais engagés : 1102,20 Dhs

0522257762

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2021

Nom et prénom du malade : ISRAHIMI Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFRIC Tym. eccl.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/01/2021

### RELEVE 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
12/01/2021	CS		802,20	<i>Signature</i>
2021	CA			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Mme FEBBAR Khodja vers my route 26, 8d Brahim Maâaït Roudan 2388 / 05 22 21 22 21	12/01/2021	802,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

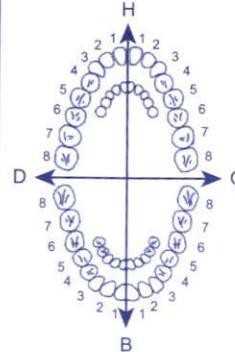
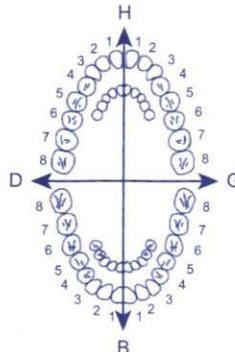
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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
											
											
<b>O.D.F</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>										
	H 25533412 21433552 00000000 00000000										
	D 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

**Ancienne interne et attachée au**

**CHNO des QUINZE-VINGTS Paris**

**Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI**

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

طب العيون 15-20 بباريس

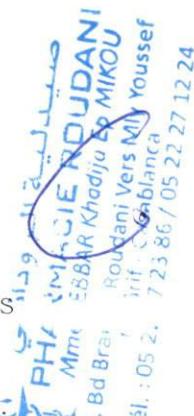
خريج جامعة باريس 6



Casablanca, le mardi 12 janvier 2021



Monsieur IBRAHIMI Mohamed



- ALPHAGAN

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, 3 mois

- AZARGA

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, 3 mois

- FLUCON COLLYRE fl

1 goutte, par jour en cas de rougeur -> OEIL GAUCHE 3 mois

- MONOPROST

1 goutte le soir -> DANS LES DEUX YEUX 3 mois

- NAVITAE PLUS

1 goutte x 4 / j 3 mois -> DANS LES DEUX YEUX

T = 802,20



Dr. Saida EL ALAOUI  
Ophtalmologiste  
207, Bd Zerkouni Casablanca  
Tél: 05 22 94 91 66

207, Bd. Zerkouni 3ème étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 94 91 66

E-mail : saidaelalaoui@yahoo.fr