

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.

Radiation :

- 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 :

- 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

Déclaration de Maladie

Dossier n° M20- 0007847

☒ Maladie

☐ Dentaire

57037 ☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Mr IBRAHIMI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 47 MUST-plateau EL Moulaberti -

GAUTHIER CHSA

Tél. : 0661241349

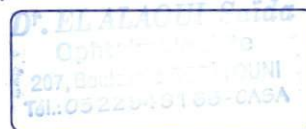
Total des frais engagés :

1102,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2021

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFEC. d'un oeil

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 :

CASA

Le :

12/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/01/2021	CS		802,20	
2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BARRAK Mme EL BARRAK Khodja 26, Bd Brahim Roudani, Vers l'Imly yous Maarif - Casablanca Tél : 05 22 27 23 88 / 05 22 27 23 77	12/01/2021	802,20

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

Docteur Saïda EL ALAOUÏ

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

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6



Casablanca, le mardi 12 janvier 2021



Monsieur IBRAHIMI Mohamed

صيدلية رoudani
صبيح رودياني
EBBA Khadija & Mikou
Roudani Vers Mly Youssef
Tif: Casablanca
7 23 86 / 05 22 27 12 24
PH / Mme
66, Bd Bra
Tel: 05 2

147,50
- ALPHAGAN

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

194,30
- AZARGA

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

22,60
- FLUCON COLLYRE fl

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

178,90 x 2
- MONOPROST

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

89,00
- NAVITAE PLUS

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



T = 802,20

Dr. EL ALAOUÏ Saïda
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