

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

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

N° P19- 051114

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....





# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				Montant des soins																
				Date du devis																
				Fin de																

--	--

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <i>Khalil Soufi</i>	Mie <i>9955</i>
DECLARATION N°	W18-389949	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-389949

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mie <i>9955</i>
Nom & Prénom	<i>Khalil Soufi</i>
Fonction	<i>Instructeur</i>
Phones	<i>0662 79 12 50</i>
Mail	<i>skhalil@amadeus.com</i>

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	<i>Khalil Soufi</i>
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date <i>15 JAN. 2020</i>	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<i>vice de céfaction</i>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>CST</i>	<i>C2</i>	<i>300 DHS</i>

<b>PHARMACIE</b>	Date
Montant de la facture	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>	Date		
Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV
<i>13/2/20</i>			
<i>Gloodh</i>			

GRANDE VISION  
29, Chaudière - Bd. Ghannouchi  
Marrakech - Casablanca  
Tél. 05 22 88 06 06

# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 15 janvier 2020

**Mr. KHALLOUKI Soufiane**

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL :

OD = Plan

OG = Plan (- 0.75 à 89°)

VP :

ODG = Add : + 1.50

EIP 64 mm

Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophthalmologiste  
84, Bd. Moulay Driss 1er  
Tél. 05 22 86 06 06

GRANDE VISION  
26, Avenue Abdel Ghandi  
N°11 Ext. Casablanca  
Tél/Fax : 022 308 69



CASABLANCA LE

13/02/20

Client :

ME KHALLOUKI  
SOUFIANE

FACTURE N° 13/20

Désignation	Quantité	Prix Unitaire TVAC	Montant TVAC
Montre optique	1	1700	1700
Verre organique progressif Anti reflet	1	2250	2250
Verre organique progressif Anti reflet	1	2250	2250
TOTAL TVAC			6200,00 DH
DONT TVA (20%)			1033,33 DH

Arrêtée La présente facture à la somme  
de six mille deux cent dh.

GRANDE VISION  
26, Ghandi Mall, Bd. Ghandi, Maarif Extension, Casablanca  
Tél/Fax : 022/13.08.69

GRANDE VISION

26, Ghandi Mall, Bd. Ghandi, Maarif Extension, Casablanca

R.C : 377810 - Patente : 35810286 - I.F : 86506916 - INPE 095003503 - ICE 001777820000086