

# 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.

## diologie 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.

## tique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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 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.



**Déclaration de Maladie**  
**Nº P19- 045693**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique ANPL**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379

Société : RAN -

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : SE T DRUSSI Latifa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 13 700 700

Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Von En à leur 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) : .....

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes lobaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
  
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se réenviser dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 029233

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL IDRISI LATIFA  
 Matricule : 1379 Fonction : ..... Poste : .....  
 Adresse : les visuelles  
 Tél. : 06 13 7007 00 Signature Adhérent : LLB

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL IDRISI LATIFA Age 27 08 1990  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
 Date de la première visite du médecin : 30 JAN. 2020  
 Nature de la maladie : Rise de refraction  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.....  
 A ..... CASA , le ..... 30 JAN. 2020  
 Durée d'utilisation 3 mois

**Dr. BAKRIM Mohamed**  
**OPHTALMOLOGUE**  
**Malades et Chirurgie des Yeux**  
**Badoura**  
Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 029233

Matricule N° : .....  
 Nom du patient : .....  
 Date de dépôt : .....  
 Montant engagé .....  
 Nombre de pièces jointes : .....



## 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
30 JAN 2020	Gs		2500DH	Dr. BAKRIM Mohamed OPHTHALMOLOGUE Médical et Chirurgie des Yeux Pôle Santé à la Cité Qued Daoura

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	19/02/19-02-20					3750,-

## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# Dr Mohamed BAKRIM

Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

\* Traitement par Laser

\* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

\* Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

\* Membre de l'American Academy of ophthalmology



## الدكتور محمد باكريم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر

الجلالة بدون تخدير، حوال البصر

عضو فعلي في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية لأمراض العيون

Casablanca, le : 30 JAN 2020  
الدار البيضاء، في :

EL IDRISI LARABI LATIFA

ly

$$VL OD = (52 - 0,75) + 1,25 \text{ sph.}$$

$$OG: (410 - 0,50) + 0,75 \text{ sph.}$$

VTAL, organiques, progressifs

$$VP odd ODG + 3,00 \text{ sph.}$$

HYDRAMED night + suppl. mit. ) ODG.  
OXYAL coll. 36/1; )

JEM OPTIQUE SARL AU  
OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
17, Rue Lahcen El Arjoune  
CASABLANCA - R.C: 113543  
Tél: 0522.86.00.58-Fax: 0522.86.50.16

Dr. BAKRIM Mohamed  
OPHTALMOLOGUE  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Place Chahdia 323 Bd. Oued Daoura  
Casablanca - Maroc



ساحة الشهدية، 323 شارع واد الدوارة الألفة - الدار البيضاء - العيادة : 65  
Place Chahdia, 323 Bd. Oued daoura - Oulfa - Casablanca - Cabinet : 05 22 91 42 65

# J.E.M Optique

sarl

17, rue Lachen El Arjoune  
face HOPITAL 20 AOÛT  
20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 63



le 19.02.20

Facture n° 20 0076

EL IDRISI Latifa

VN25

Ordonnance BAKRIM Med 30.01.20

Multifocaux

M U P R A S

**Monture** N° TIPS: A1

**800,00**

**Verres** PROGRESSIF ORGANIQUE 1,5 65 BLANC  
ANTI REFLET

**OD.....** N° TIPS: 431

**1 485,00**

**OG.....** N° TIPS: 431

**1 485,00**

**JEM OPTIQUE SARL AU**  
ICE : 001545713000096  
R.C : 113543  
T.P : 36343701  
I.F : 1087628

BC057

total

**3 770,00**

IWA

IWA

total T.T.C.

**3 770,00**

B.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628